

**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 de la Dra. Josefina Romero Méndez, Subdirectora 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**

Los Acuerdos de Gestión, como un instrumento diseñado para mejorar el desempeño de las unidades prestadoras de servicios de salud, iniciaron su aplicación en el año 2003, contemplando un sistema de estímulos a la eficiencia y la calidad de la atención médica proporcionada. Constituye un mecanismo médico financiero, mediante el cual las Unidades Administrativas Desconcentradas, al suscribir de forma voluntaria compromisos de gestión, que ligados a su cumplimiento, tienen la oportunidad de obtener recursos adicionales para el presupuesto del fondo médico.

Lo anterior representa un primer paso para que la asignación presupuestal de las Unidades Desconcentradas deje de ser inercial, con base en el gasto histórico y en decisiones centrales poco transparentes. Ese proceso de asignación de recursos, objetivo y justificable, se basa en los resultados que las unidades de salud muestran mediante sus esfuerzos, trabajo en equipo y capacidad de gestión en los compromisos adquiridos.

Aunado a lo anterior, la 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, 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, se han desarrollado Acuerdos de Gestión que engloban dos procesos interdependientes: 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.

En este contexto, los estímulos presupuestales relacionados con el desempeño de los servicios de salud se continuarán otorgando con base en el cumplimiento de los compromisos de gestión, los cuales serán 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.

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

## DECLARACIONES

### I.- Declara el “Financiado”:

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 facultades 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 se le corresponde cumplir las siguientes funciones:

1. Normar, elaborar, suscribir y supervisar los Acuerdos de Gestión, con las áreas médicas desconcentradas.
2. Participar en la definición y evaluación de las metas específicas que deberán cumplirse en la prestación de los servicios de salud considerados como compromisos de gestión, así como verificar el cumplimiento de las condiciones pactadas en los Acuerdos de Gestión, aplicando en caso contrario, las sanciones que correspondan por el incumplimiento.

## II.- Declara el “Prestador”:<sup>1</sup>

### 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 a los derechohabientes del ISSSTE, 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, quien será suplido en sus ausencias por el Director Médico del Instituto, conforme lo dispone el artículo 75 del Estatuto Orgánico del ISSSTE.

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

1. 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.
2. 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.

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 la supervisión y evaluación de su desempeño, depende del Director General del Instituto, con apoyo de la Dirección de Delegaciones y las demás Unidades Administrativas Centrales, como lo dispone el artículo 6 del Reglamento de Delegaciones del ISSSTE.

II.3.- Que su titular cuenta con facultades para suscribir el presente Acuerdo de Gestión, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 11 fracción VI del Reglamento de las Delegaciones del ISSSTE.

---

<sup>1</sup> Esta declaración variará de acuerdo al tipo de Acuerdo.

### **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:

1. Establecer y coordinar el sistema de programación y evaluación de los servicios de salud.
2. Definir y evaluar las metas específicas sobre los servicios de salud, así como definir los criterios médico-administrativos que deberán observar las propuestas que presenten los Hospitales Regionales y las unidades médicas de las Delegaciones relacionadas con los compromisos y proyectos de gestión.

### **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.

## 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:

1. Las herramientas de supervisión técnica y financiera necesarias para garantizar el cumplimiento de los programas de salud.
2. 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.
3. 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 prestados y proponga asignaciones presupuestarias por resultados.

V.2.- Que el presente instrumento constituye un esquema de operación en el que 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 negociados, plasman un riesgo compartido, dan transparencia, buscan mejorar la salud de los derechohabientes y el suministro estratégico de 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, así como para otorgar incentivos al desempeño y a la calidad del servicio médico, 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 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) Delegaciones.-** Las Delegaciones Estatales y Regionales del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE);
- I) Estímulo.-** La asignación de recursos financieros para adquirir bienes y/o servicios, que se otorga a una unidad prestadora de servicios de salud del ISSSTE, por el cumplimiento de los Compromisos de Gestión;
- J) Evaluadores.-** Los servidores públicos responsables de determinar la evaluación de los compromisos de gestión, conforme a su ámbito de competencia;
- K) Ficha Técnica.-** El documento que detalla los aspectos técnicos de cada compromiso de gestión;
- L) 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;
- M) 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;
- N) Inconformidad.-** El recurso que tienen los titulares de los Hospitales Desconcentrados, de las Delegaciones y/o de las unidades prestadoras de los servicios de salud, para manifestar a los evaluadores su desacuerdo con las calificaciones preliminares publicadas;
- O) Indicador.-** El instrumento que permite el seguimiento y evaluación periódica de las variables claves, mediante las cuales se establece la comparación de los resultados obtenidos en la ejecución de un proyecto o un programa.
- 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) 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;
- R) Prestador.-** La Unidad Administrativa Desconcentrada que proporciona los servicios de salud.
- S) 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;
- T) 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;
- U) 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;
- V) 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;
- W) 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;
- X) Unidades Prestadoras de Servicios de Salud.-** El Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, Hospitales Regionales, Hospitales Generales, Clínicas Hospital, Clínicas de Especialidades, Clínicas de Medicina Familiar, Unidades de Medicina Familiar y Consultorios Auxiliares.

## **SEGUNDA.- Objetivos.**

### **General:**

El presente Acuerdo de Gestión tiene como objetivo general, lograr que la Unidad Desconcentrada, ejecute mediante un proceso consensuado, las acciones, políticas y estrategias institucionales, indispensables para la conducción congruente y sistemática de los servicios médicos brindados a la derechohabencia, orientándolas a incrementar su eficiencia, oportunidad y calidad.

### 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.
2. Mejorar la gestión del "Prestador".
3. Otorgar mayor autonomía a las unidades de salud.
4. Promover dentro de la unidad una atención al derechohabiente bajo criterios de eficiencia, oportunidad y calidad.
5. Lograr niveles de productividad y cobertura acordes con la capacidad 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. Incentivar a todos aquellos que participan en el sistema y hacen posible la consecución de los objetivos acordados.

### TERCERA.- Modelo y Tipo de Acuerdo de Gestión.

El presente modelo se denomina Acuerdo de Gestión, suscrito 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 diferencias estructurales y operativas entre 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 2011" 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 otras unidades 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 elementos, 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 compromisos.

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 "Financiado" en virtud de su utilidad operativa en beneficio del logro de los objetivos.

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 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 contra el gasto registrado contable, cantidad que se le aplicará la tasa de Impuesto según la Legislación Estatal en la demarcación territorial de la Delegación Estatal y Regional.

- 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 2011.
  - 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 como mínimo, el registro electrónico del 80% de las atenciones médicas otorgadas en las unidades programadas para 2011, que utilicen el sistema informático ISSSTEMED (APLICACIÓN DIFERIDA).
  - 1.10. Cumplir de manera oportuna, correcta y congruente con la actualización mensual de la información que se requiere para el Sistema de Costos Médicos del ISSSTE.
2. Eficiencia de los Servicios de Medicina Preventiva.
    - 2.1. Alcanzar el 100% de la meta definida para 2011, 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 2011, de realización de mastografías para detección de cáncer mamario en mujeres derechohabientes.
    - 2.3. Lograr el 80% de cobertura anual de vacunación con esquemas completos en niños menores de ocho años, en las áreas de responsabilidad institucional.
    - 2.4. Lograr el control metabólico óptimo en un mínimo del 55% 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 Salud, de las cuales obligatoriamente debe realizarse la evaluación nutricional, considerada en las Cartillas Nacionales de Salud.
    - 2.6. Lograr que un mínimo del 25% de los trabajadores que cotizan al ISSSTE por Delegación, se registren en la plataforma PrevenISSSTE cerca de ti.
    - 2.7. Alcanzar la meta de pacientes inscritos en el Programa de Prevención y Regresión del Sobrepeso y Obesidad que logren reducir en 10% el peso corporal a los seis meses de iniciado el control, en las unidades médicas de las Delegaciones (APLICACIÓN DIFERIDA).
  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 promedio máximo de días estancia en el servicio de cirugía general, de 5.0 para Hospitales Generales, 5.7 para Hospitales Regionales y 7.4 para el CMN “20 de Noviembre”.
  - 3.4. 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”.
  - 3.5. No rebasar un estándar del 3% de los diagnósticos de egreso hospitalario con codificación de “no especificado”.
  - 3.6. Cumplir con el estándar del 50% 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.
  - 3.7. Cumplir con un estándar mensual igual o mayor a 220 consultas de especialidad a distancia por videoconferencia, en los Hospitales Regionales y el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”.
  - 3.8. 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 en unidades del segundo nivel con 50 y más camas censables, por equipo de videoconferencia médica.
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 2011.
  - 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 que el 50% de las citas médicas que se atienden, se programen a través del Sistema de Cita Médica Telefónica e Internet (SCMTI), en las unidades que cuenten con el sistema (APLICACIÓN DIFERIDA).
  - 4.5. Cumplir con la integración y funcionamiento mensual del Comité de Detección y Control de Infecciones Nosocomiales (CODECIN) en las unidades hospitalarias del Instituto.
  - 4.6. 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.
  - 4.7. Cumplir con un mínimo del 90% de elaboración de la Cédula de Verificación de Seguridad de la Cirugía, del total de intervenciones quirúrgicas realizadas en los hospitales del Instituto.

- 4.8. Lograr la meta mensual de capacitación en Desarrollo Humano del personal de las unidades médicas de las Delegaciones, de los Hospitales Regionales y del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”.
5. Gestión Administrativa y Financiera.
- 5.1. Solventar el 100% de las observaciones y recomendaciones del ejercicio 2010 y anteriores, pendientes al 31 de diciembre de 2010.
  - 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. Mostrar un avance del 10% mensual de cumplimiento en las estrategias anuales establecidas en los Programas de Mejora diseñados en cada uno de los 32 hospitales que recibieron los servicios de apoyo técnico para mejorar el cumplimiento de los compromisos de gestión.
  - 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.- Diferimiento del inicio de la aplicación de compromisos acordados.**

Durante el proceso de negociación del Acuerdo de Gestión, se señalaron los compromisos de interés estratégico que presentarán desfase en el inicio de la evaluación, los cuales se indican como de “aplicación diferida” en la Cláusula Octava, lo que no podrá ocurrir más allá del primer semestre del año, garantizando la regularidad en su aplicación y la disponibilidad de un sistema estabilizado de información que proporcione los datos suficientes, oportunos y confiables para la medición del indicador correspondiente.

Las fechas de inicio de la evaluación de los compromisos señalados como de “aplicación diferida”, habrán de informarse al “Prestador” con un mínimo de dos meses de anticipación, mediante comunicado oficial del “Financiador”.

#### **DÉCIMA.- Indicadores.**

Los compromisos convenidos en el presente Acuerdo de Gestión, se evaluarán mediante indicadores puntuales relativos al desempeño del “Prestador”, en rubros específicos de oportunidad, productividad, uso de recursos y gestión.

Estos indicadores se han determinado para establecer parámetros que promuevan la comparación de información del “Prestador” con la de otros prestadores similares para efecto de evaluación, que le permitan aprovechar sus fortalezas y tomar experiencia 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 PRIMERA.- 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. Otras especificaciones u observaciones complementarias que le den precisión al compromiso y a la metodología de medición utilizada.

#### **DÉCIMA SEGUNDA.- 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 TERCERA.- 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 correspondientes evaluadores.	Del día 1 al 10 de cada mes
Entrega de calificaciones por parte de los evaluadores a la Subdirección de Aseguramiento de la Salud.	Del día 11 al 17 de cada mes
Publicación del tablero con calificaciones preliminares por la Subdirección de Aseguramiento de la Salud.	Del día 18 al 20 de cada mes
Revisión y aclaración de inconformidades de las Unidades Desconcentradas y evaluadores de los compromisos.	Del día 21 al 27 de cada mes
Publicación del tablero con calificaciones definitivas por la Subdirección de Aseguramiento de la Salud.	Del 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 CUARTA.- 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 del "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.

En las reuniones de análisis del Acuerdo de Gestión 2011, realizadas con las Delegaciones y Hospitales Desconcentrados, se acordó que la evaluación acumulada correspondiente al ejercicio 2011 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 no serán consideradas las calificaciones de los tres primeros meses del año.

#### **DÉCIMA QUINTA.- 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 SEXTA.- 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, de acuerdo al monto presupuestal de gasto de inversión total asignado para el ejercicio 2011, 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 2010 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 2011, conforme a la siguiente escala:

<b>Escala para Proyectos de Gestión 2011</b>		
<b>Calificaciones</b>		<b>Porcentaje de asignación a Delegaciones y Hospitales</b>
<b>De:</b>	<b>a:</b>	
<b>0.00</b>	<b>5.99</b>	<b>0.00</b>
<b>6.00</b>	<b>6.49</b>	<b>6.17</b>
<b>6.50</b>	<b>6.99</b>	<b>6.67</b>
<b>7.00</b>	<b>7.49</b>	<b>7.17</b>
<b>7.50</b>	<b>7.99</b>	<b>7.67</b>
<b>8.00</b>	<b>8.49</b>	<b>8.17</b>
<b>8.50</b>	<b>8.99</b>	<b>8.67</b>
<b>9.00</b>	<b>9.49</b>	<b>9.17</b>
<b>9.50</b>	<b>10.00</b>	<b>9.67</b>

El techo presupuestal para Proyectos de Gestión 2011 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 del área de conservación y mantenimiento.

### **DÉCIMA SÉPTIMA.- Estímulo de aplicación al presupuesto de operación y adjudicación del mismo.**

Por cumplir con los compromisos establecidos en este Acuerdo de Gestión y tomando de referencia la disponibilidad presupuestal que se defina, 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 acumuladas a partir del mes de abril del presente año, por lo que si se define asignación presupuestal como estímulo a la operación, se otorgará al "Prestador" por el cumplimiento de los compromisos establecidos mediante la adecuación presupuestal correspondiente, en dos tiempos:

1. Con base en la calificación acumulada al mes de junio, 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. Por último, con base en la calificación más alta obtenida entre la acumulada a septiembre o la que corresponde al trimestre julio, agosto y septiembre se procederá a otorgar la segunda parte del 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. 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 julio, agosto y septiembre, supera en un 15% la calificación lograda en el trimestre abril, mayo y junio.

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 julio-agosto, y el segundo en el bimestre octubre-noviembre.

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

Con la finalidad de compartir y sumar esfuerzos en el compromiso convenido de mejorar la eficiencia, oportunidad, calidad y calidez en la prestación de servicios adquiridos por el "Prestador" con todos los profesionales de la salud, el "Prestador" en conjunto con el "Financiador" y las Direcciones Médica y de Delegaciones, podrá seleccionar un subconjunto de compromisos de gestión que el profesional de la salud asignado deberá cumplir. Para esto, la Unidad Desconcentrada podrá suscribir los diferentes Modelos de Acuerdos de Gestión que resulten convenientes.

Los Modelos de Acuerdos de Gestión internos serán suscritos por el “Prestador” y los profesionales de la salud que de él dependen y su instrumentación será verificada por el “Área de Enlace y Supervisión”.

**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 el procesamiento de estadísticas encaminadas a mejorar el cumplimiento de los compromisos de gestión.

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 Tercera 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 y desastres naturales que ocasionen la interrupción del servicio.

Las obras de remodelación no serán consideradas por el "Financiador" como una imposibilidad para otorgar los servicios a los derechohabientes y el "Prestador" estará obligado a habilitar otra área o sustituir el servicio de manera provisional mediante la subrogación, a menos que las obras de remodelación ocasionen la disminución o suspensión temporal o permanente del servicio, lo que será necesario justificar ante la Subdirección de Regulación y Atención Hospitalaria de la Dirección Médica, quien certificará la imposibilidad para cumplir con el compromiso en cuestión y serán los evaluadores correspondientes quienes apliquen los ajustes procedentes a través del Sistema de Atención a Inconformidades de los Compromisos de Gestión (SAICG), conforme a lo señalado en el Anexo 2.

### **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 2012 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 del Órgano 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 “Financiado”, asimismo, revisará y evaluará los avances de la ejecución de los Proyectos de Gestión autorizados conforme a la programación definida en el Sistema Integral de Seguimiento de Proyectos (SISP) e incluirá el reporte de los resultados correspondientes en las minutas mensuales que serán enviadas al evaluador del compromiso de gestión 1.8, incluido en este Acuerdo.

#### **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 y de la siguiente manera:

- I. En primera instancia el “Prestador” deberá notificar que ha hecho la difusión del presente Acuerdo al Financiado por escrito y durante los primeros tres meses posteriores a la firma del Acuerdo.
- 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.

**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 abril del 2011, y su vigencia concluirá en la fecha de inicio de la aplicación del Acuerdo de Gestión 2012.

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 1 del mes de abril del año dos mil once.

“Prestador”

“Financiado

“ \_\_\_\_\_ ”

Director/Delegado del ISSSTE en...

\_\_\_\_\_  
Lic. Eduardo Guerra Vivanco  
Subdirector de Aseguramiento  
de la Salud

Área Normativa de Salud

Área de Enlace y Supervisión

\_\_\_\_\_  
Dra. Josefina Romero Méndez  
Subdirectora de Gestión y  
Evaluación en Salud

\_\_\_\_\_  
Lic. Mario Pérez Medina  
Subcoordinador de Desarrollo  
Estratégico

**ANEXO 1**

No.	Compromisos 2011	Ponderador
<b>1</b>	<b>Oportunidad y Calidad de la Información</b>	
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 contra el gasto registrado contable, cantidad que se le aplicará la tasa de Impuesto según la Legislación Estatal en la demarcación territorial de la Delegación Estatal y Regional.	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 2011.	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 como mínimo, el registro electrónico del 80% de las atenciones médicas otorgadas en las unidades programadas para 2011, que utilicen el sistema informático ISSSTEMED (APLICACIÓN DIFERIDA)	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
1.10	Cumplir de manera oportuna, correcta y congruente con la actualización mensual de la información que se requiere para el Sistema de Costos Médicos del ISSSTE.	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
<b>SUMA DE PESO PONDERADO DE LOS COMPROMISOS DEL GRUPO 1</b>		

**ANEXO 1**

No.	Compromisos 2011	Ponderador
<b>2</b>	<b>Eficiencia de los Servicios de Medicina Preventiva</b>	
2.1	Alcanzar el 100% de la meta definida para 2011, 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 2011, de realización de mastografías para detección de cáncer mamario en mujeres derechohabientes.	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
2.3	Lograr el 80% de cobertura anual de vacunación con esquemas completos 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 55% 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 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 25% de los trabajadores que cotizan al ISSSTE por Delegación, se registren en la plataforma PrevenISSSTE cerca de ti.	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
2.7	Alcanzar la meta de pacientes inscritos en el Programa de Prevención y Regresión del Sobrepeso y Obesidad que logren reducir en 10% el peso corporal a los seis meses de iniciado el control, en las unidades médicas de las Delegaciones (APLICACIÓN DIFERIDA).	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
<b>SUMA DE PESO PONDERADO DE LOS COMPROMISOS DEL GRUPO 2</b>		

**ANEXO 1**

No.	Compromisos 2011	Ponderador
<b>3</b>	<b>Eficiencia en los Servicios de Medicina Curativa</b>	
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 promedio máximo de días estancia en el servicio de cirugía general, de 5.0 para Hospitales Generales, 5.7 para Hospitales Regionales y 7.4 para el CMN "20 de Noviembre".	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
3.4	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.
3.5	No rebasar un estándar del 3% de los diagnósticos de egreso hospitalario con codificación de "no especificado".	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
3.6	Cumplir con el estándar del 50% 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.
3.7	Cumplir con un estándar mensual igual o mayor a 220 consultas de especialidad a distancia por videoconferencia, en los Hospitales Regionales y el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre".	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
3.8	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 en unidades del segundo nivel con 50 y más camas censables, por equipo de videoconferencia médica.	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
<b>SUMA DE PESO PONDERADO DE LOS COMPROMISOS DEL GRUPO 3</b>		

**ANEXO 1**

No.	Compromisos 2011	Ponderador
<b>4</b>	<b>Calidad de los Servicios</b>	
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 2011.	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 que el 50% de las citas médicas que se atienden, se programen a través del Sistema de Cita Médica Telefónica e Internet (SCMTI), en las unidades que cuenten con el sistema. (APLICACIÓN DIFERIDA).	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
4.5	Cumplir con la integración y funcionamiento mensual del Comité de Detección y Control de Infecciones Nosocomiales (CODECIN) en las unidades hospitalarias del Instituto.	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
4.6	Lograr en las unidades hospitalarias del Instituto, una tasa de infecciones nosocomiales no mayor a 6% de los egresos registrados, de acuerdo a lo establecido en el Programa Nacional de Salud.	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
4.7	Cumplir con un mínimo del 90% 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.
4.8	Lograr la meta mensual de capacitación en Desarrollo Humano del personal de las unidades médicas de las Delegaciones, de los Hospitales Regionales y del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre".	Se especifica para cada tipo de Acuerdo.
<b>SUMA DE PESO PONDERADO DE LOS COMPROMISOS DEL GRUPO 4</b>		

**ANEXO 1**

No.	Compromisos 2011	Ponderador
<b>5</b>	<b>Gestión Administrativa y Financiera</b>	
5.1	Solventar el 100% de las observaciones y recomendaciones del ejercicio 2010 y anteriores, pendientes al 31 de diciembre de 2010.	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	Mostrar un avance del 10% mensual de cumplimiento en las estrategias anuales establecidas en los Programas de Mejora diseñados en cada uno de los 32 hospitales que recibieron los servicios de apoyo técnico para mejorar el cumplimiento de los compromisos de gestión.	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
<b>SUMA DE PESO PONDERADO DE COMPROMISOS DEL GRUPO 5</b>		

## 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 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; harán la solicitud de revisión o rectificación de las calificaciones del tablero publicado como preliminar en el periodo.
2. Las áreas centrales evaluadoras 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 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, 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:

**SIEL en línea.**- 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 que cuenten con conexión a la red institucional.**

**SIEL tradicional.**- Entregar en las fechas establecidas, mediante el envío de 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 que no cuenten con conexión a la red institucional.**

**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.
- 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.

Para este compromiso de gestión, actualmente subsisten dos modalidades de integración y envío de las bases de datos de las unidades médicas, una que continúa aplicando la versión local, inicial denominada **SIEL tradicional**, con envío de las bases de datos a través de correo electrónico y la otra, el **SIEL en línea** que ha evolucionado a la captura en tiempo real a través de la red institucional, para lo cual se ha capacitado al personal de estadística de las unidades médicas.

##### 3. Periodicidad:

Mensual.

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

**SIEL tradicional.**- Entrega de la base de datos completos y correctos durante los 10 primeros días naturales del mes siguiente al que se informa.

#### 4. Indicador:

**SIEL en línea.**- Captura oportuna y con datos completos y correctos, de la base de datos correspondiente a las actividades de atención curativa.

**SIEL tradicional.**- Entrega 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** y el incumplimiento de la entrega de un reporte del **SIEL tradicional** 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 2012, la información correspondiente al 2011 no refleje ningún adeudo.

#### 5. Cálculo del indicador:

Se asignará calificación de 1.0 por la captura y cierre mensual del **SIEL en línea** o por la recepción mensual del **SIEL tradicional** a través de correo electrónico, 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](mailto: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 y de coordinar el envío de los archivos correspondientes (**SIEL tradicional**).

Con la aplicación del Plan Rector para el Desarrollo y Mejoramiento de la Infraestructura de los Servicios de Salud del ISSSTE, deberá ajustarse la equivalencia en la denominación de las unidades médicas para fines de evaluación y publicación de resultados.

## 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.

##### **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 2012, la información correspondiente al 2011 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.**

##### **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](mailto:estadisticains@issste.gob.mx)

**7. Observaciones:**

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.

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

Con la aplicación del Plan Rector para el Desarrollo y Mejoramiento de la Infraestructura de los Servicios de Salud del ISSSTE, deberá ajustarse la equivalencia en la denominación de las unidades médicas para fines de evaluación y publicación de resultados.

## 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 de Internet, en el 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 2012, la información correspondiente al 2011 no deberá tener ningún faltante.

##### 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](mailto: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 SSA 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 con la Novena Revisión con Modificación Clínica CIE-9MC.

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

Con la aplicación del Plan Rector para el Desarrollo y Mejoramiento de la Infraestructura de los Servicios de Salud del ISSSTE, deberá ajustarse la equivalencia en la denominación de las unidades médicas para fines de evaluación y publicación de resultados.

## 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 y cumpla 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:

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

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](mailto:ismvillanueva@issste.gob.mx) y [jmmelendes@issste.gob.mx](mailto: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 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 remesas 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 remesas 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 de caratula y anexos, 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 dividendo 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](mailto:ismvillanueva@issste.gob.mx) y [jmmelendes@issste.gob.mx](mailto: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 contra el gasto registrado contable, cantidad que se le aplicará la tasa de Impuesto según la Legislación Estatal en la demarcación territorial de la Delegación Estatal y Regional.**

#### 1. Objetivo a cumplir:

Coadyuvar a la formulación oportuna de la conciliación entre 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 Estatal que le corresponda en la demarcación territorial de la Delegación Estatal y Regional

#### 2. Fuente:

Registro contable del gasto de los conceptos de nómina a través del Sistema Contable Institucional y el pago de la declaración del Impuesto sobre Nómina según la Delegación Estatal y Regional que le corresponda en forma mensual.

#### 3. Periodicidad:

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

#### 4. Indicador:

Determinación de la base del Impuesto sobre Nóminas y el gasto del registro contable en el Estado de Resultados, cantidad que se le aplicará la tasa de Impuesto según la Legislación Estatal que le corresponda en la demarcación territorial de la Delegación Estatal y Regional.

#### 5. Cálculo del indicador:

El cálculo del indicador se determinará con el porcentaje de cumplimiento de la conciliación entre la determinación de la base del Impuesto sobre Nóminas y el gasto del registro contable en el Estado de Resultados, cantidad a la que se le aplicará la tasa de Impuesto según la Legislación Estatal que le corresponda en la demarcación territorial de la Delegación Estatal y Regional.

$$\text{Porcentaje de cumplimiento} = \frac{\text{La determinación de la base gravable del Impuesto sobre Nóminas}}{\text{El registro contable del Gasto en el Estado de Resultados}} \times 100$$

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](mailto:aeespinosa@issste.gob.mx), [jbalmori@issste.gob.mx](mailto:jbalmori@issste.gob.mx) y [mleonm@issste.gob.mx](mailto:mleonm@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 de entregar la información, por lo que su evaluación se generará con un mes de desfase.

## ANEXO 3

### Ficha Técnica del Compromiso 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 2011.**

#### 1. Objetivo a cumplir:

Lograr la implantación y operación oportuna del SIAM para estar en posibilidades de disponer de la información sobre los inventarios de medicamentos en las unidades médicas programadas en la meta 2011.

#### 2. Fuente:

Formatos de implantación y operación del SIAM.

#### 3. Periodicidad:

Mensual, mediante el envío de los informes, formatos de implantación del sistema dentro de los primeros cinco días naturales del mes siguiente al que se informa, así como operación permanente del sistema.

#### 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.

## 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:

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

En los hospitales desconcentrados la calificación se integrará para la implantación con el envío y recepción de los formatos de implantación y para la operación con el registro en el sistema de los movimientos establecidos.

## 6. Áreas responsables de evaluar el compromiso:

La Subdirección de Tecnología de la Información de la Dirección de Tecnología y Desarrollo Institucional. Correos electrónicos: [jeusrodriguez@issste.gob.mx](mailto:jeusrodriguez@issste.gob.mx), [rfaquilar@issste.gob.mx](mailto:rfaquilar@issste.gob.mx), [nigarcia@issste.gob.mx](mailto:nigarcia@issste.gob.mx)

## 7. Observaciones:

Se calificará con cero a las unidades que no envíen los reportes y formatos completos y correctos de implantación y operación del SIAM, calificación que se mantendrá mientras no se entreguen los informes y formatos faltantes.

La implantación / operación del Sistema Integral de Abasto de Medicamentos (SIAM) se ha programado en dos etapas, la primera en el mes de enero de 2011 en las 536 unidades médicas cuya evaluación iniciará en el mismo mes de enero, la segunda para implantar / operar 88 unidades médicas en el mes de mayo con inicio de calificación en el mes de junio, lo anterior de acuerdo con el cuadro Implantación y Operación del SIAM 2011, Resumen de Unidades Médicas Programadas.



IMPLANTACIÓN Y OPERACIÓN DEL SIAM 2011  
RESUMEN DE UNIDADES MÉDICAS PROGRAMADAS



Unidades Administrativas	Delegación	Para calificar en Enero			Total Programadas Enero	Para calificar en Junio		Total Programadas Mayo	Total general
		Programadas Enero				Programadas Mayo			
		Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3		Nivel 1	Nivel 2		
Delegaciones Estatales	AGUASCALIENTES	4	1		5	2		2	7
	BAJA CALIFORNIA	6	3		9				9
	BAJA CALIFORNIA SUR	7	3		10	2		2	12
	CAMPECHE	5	2		7				7
	CHIAPAS	12	4		16	11		11	27
	CHIHUAHUA	9	5		14	4		4	18
	COAHUILA	11	5		16	1		1	17
	COLIMA	1	2		3				3
	DURANGO	18	2		20				20
	GUANAJUATO	18	3		21	1		1	22
	GUERRERO	21	7		28	5		5	33
	HIDALGO	12	3		15				15
	JALISCO	12	2		14	7		7	21
	MICHOACAN	12	9		21	4		4	25
	MORELOS	19	2		21	1	1	2	23
	NAYARIT	13	1		14				14
	NUEVO LEON	10	2		12	3		3	15
	OAXACA	16	5		21	6		6	27
	PUEBLA	13	3		16	5		5	21
	QUERETARO	9	1		10				10
	QUINTANA ROO	5	2		7		1	1	8
	SAN LUIS POTOSI	14	5		19				19
	SINALOA	28	2		30				30
	SONORA	10	5		15	8		8	23
	TABASCO	17	1		18				18
	TAMAULIPAS	13	7		20	4		4	24
	TLAXCALA	4	1		5				5
	VERACRUZ	11	6		17	18		18	35
	YUCATAN	13			13				13
	ZACATECAS	14	2		16	2		2	18
	ESTADO DE MEXICO	24	2		26	1	1	2	28
<b>Total Delegaciones Estatales</b>		<b>381</b>	<b>98</b>		<b>479</b>	<b>85</b>	<b>3</b>	<b>88</b>	<b>567</b>



IMPLANTACIÓN Y OPERACIÓN DEL SIAM 2011  
RESUMEN DE UNIDADES MÉDICAS PROGRAMADAS



Unidades Administrativas	Delegación	Para calificar en Enero			Total Programadas Enero	Para calificar en Junio		Total Programadas Mayo	Total general
		Programadas Enero				Programadas Mayo			
		Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3		Nivel 1	Nivel 2		
Delegaciones Regionales	ZONA NORTE	11	5		16				16
	ZONA ORIENTE	7	2		9				9
	ZONA PONIENTE	6	3		9				9
	ZONA SUR	11	2		13				13
<b>Total Delegaciones Regionales</b>		<b>35</b>	<b>12</b>		<b>47</b>				<b>47</b>
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 OCTUBRE			1	1				1
	H.R. LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS			1	1				1
<b>Total Hospitales Regionales</b>				<b>10</b>	<b>10</b>				<b>10</b>
<b>Total general</b>		<b>416</b>	<b>110</b>	<b>10</b>	<b>536</b>	<b>85</b>	<b>3</b>	<b>88</b>	<b>624</b>

## 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 (GTSDAG).**

##### **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, a través de correo electrónico, donde se especifiquen los asuntos tratados, los avances en la ejecución de los Proyectos de Gestión autorizados, los acuerdos tomados y 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 uno 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, asignándose un valor de 25% a cada uno de los cuatro apartados de la minuta .

##### **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](mailto:jlarrazabal@issste.gob.mx) y [lmonica@issste.gob.mx](mailto:lmonica@issste.gob.mx).

##### **7. Observaciones:**

Durante el primer mes de aplicación del presente compromiso de gestión deberá entregarse el acta actualizada de integración del GTSDAG debidamente firmada por sus participantes, tomando como referencia la Guía que se enviará previamente a la Subdelegación Médica. Para la evaluación de este compromiso, se requerirá 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 señalados.

La minuta mensual deberá contener sin excepción el reporte de los avances de los Proyectos de Gestión autorizados y el análisis del comportamiento delegacional de cada uno de los compromisos básicos 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 cuando las Unidades Desconcentradas entreguen a través de correo electrónico, la minuta escaneada 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.

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. El mínimo de minutas de reuniones del GTSDAG será de 12 al año.

**En tanto no se cumpla con el envío del acta de integración del Grupo de Trabajo de Seguimiento Delegacional de los Compromisos de Gestión, la calificación será de cero.**



**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 1.9

**Cumplir como mínimo, el registro electrónico del 80% de las atenciones médicas otorgadas en las unidades programadas para 2011, que utilicen el sistema informático ISSSTEMED (APLICACIÓN DIFERIDA)**

#### 1. Objetivo a cumplir:

Favorecer la utilización cotidiana del ISSSTEMED, en las unidades médicas donde se encuentra implantado, mediante el registro en el Expediente Clínico Electrónico de las atenciones otorgadas, a través de la Notas Médicas, Solicitudes de Laboratorio y Gabinete, Recetas y Licencias Médicas, Referencia de Pacientes, Solicitudes de Internamiento, Ingresos y Egresos, Cirugías Realizadas y Notas Pre y Postoperatorias.

#### 2. Fuente:

- Reportes emitidos por el ISSSTEMED, de los registros electrónicos realizados.
- Sistema de Registro de Avances en el Programa de Despliegue del ISSSTEMED.

#### 3. Periodicidad:

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

#### 4. Indicador:

Porcentaje de utilización del ISSSTEMED, medido con base en los registros electrónicos generados a través del Sistema, en relación al total de atenciones otorgadas en las unidades médicas.

#### 5. Cálculo de Indicador:

Para el cálculo del porcentaje de utilización del ISSSTEMED, se evaluará la generación de registros electrónicos de acuerdo a la tipología de las unidades médicas, conforme a lo señalado en la siguiente tabla:

Tipo de Unidad Médica	Registros Electrónicos a Evaluar en el ISSSTEMED
Consultorio Auxiliar (C. Aux.) Unidad de Medicina Familiar (UMF) Clínica de Medicina Familiar (CMF) Clínica de Especialidades (C.E.)	Notas Médicas, Solicitudes de Laboratorio y Gabinete, Recetas, Licencias Médicas y Referencia de Pacientes.
Clínica Hospital (C.H.) Hospital General (H.G.) Hospital Regional (H. R.)	Notas Médicas, Solicitudes de Laboratorio y Gabinete, Recetas, Licencias Médicas, Referencia de Pacientes, Solicitudes de Internamiento, Ingresos y Egresos, Cirugías Realizadas y Notas Pre y Postoperatorias.

\*En caso de que las C.E. realicen procedimientos quirúrgicos, en la evaluación se incluirán los registros de notas pre y postoperatorias.

$$\begin{array}{l}
 \text{Porcentaje de registros realizados en el ISSSTEMED por Unidad Médica*} = \left( \frac{\text{Nota Médica}}{\text{Consultas Otorgadas}} + \frac{\text{Solic. de Laboratorio}}{\text{Solicitudes Realizadas}} + \frac{\text{Solic. de Gabinete}}{\text{Solicitudes Realizadas}} + \frac{\text{Recetas}}{\text{Recetas Otorgadas}} + \frac{\text{Licencias Médicas}}{\text{Licencias Médicas Otorgadas}} + \frac{\text{Solic. de Internamiento}}{\text{Cirugías de corta estancia realizadas}} + \frac{\text{Referencia}}{\text{Referencias Realizadas}} + \frac{\text{Ingresos}}{\text{Ingresos Realizados}} + \frac{\text{Egresos}}{\text{Egresos Realizados}} + \frac{\text{Notas Preop.}}{\text{Cirugías Realizadas}} + \frac{\text{Notas Postop.}}{\text{Cirugías Realizadas}} + \frac{\text{Cirugías Realizadas}}{\text{Cirugías Programadas}} \right) \times 100
 \end{array}$$

\*Conforme a lo aplicable.

Cada unidad médica se evaluará con base la captura completa y correcta en el ISSSTEMED de los siguientes registros: Notas Médicas, Solicitudes de Laboratorio y Gabinete, Recetas y Licencias Médicas, Referencia de Pacientes, Solicitudes de Internamiento, Ingresos y Egresos, Cirugías Realizadas y Notas Pre y Postoperatorias, conforme a la siguiente fórmula:

La calificación en los Hospitales Regionales se determinará conforme a la siguiente tabla:

Porcentaje de utilización del ISSSTEMED	Calificación
Mayor o igual al 80%	1.0
Mayor o igual al 70% y menor al 80%	0.6
Menor al 70%	0.0

Para las delegaciones la calificación se integrará de acuerdo a la siguiente escala:

Utilización del ISSSTEMED en unidades del segundo nivel (HG, CH, CE)		Utilización del ISSSTEMED en unidades del primer nivel (CMF, UMF, C. AUX)		Calificación
Mayor o igual al 90% de UM* que cumplen con el 80%	0.6	Mayor o igual al 90% de UM* que cumplen con el 80%	0.4	1.0
Del 80% a menos del 90% de UM* que cumplen con el 80%	0.4	Del 80% a menos del 90% de UM* que cumplen con el 80%	0.2	0.6
Menor a 80% de UM* que cumplen con el 80%	0.0	Menor a 80% de UM* que cumplen con el 80%	0.0	0.0

\*UM= Unidades Médicas

Adicional a las calificaciones mostradas en el cuadro anterior, también se podrá obtener una calificación de 0.8, 0.4 y 0.2, por las posibles combinaciones de los resultados obtenidos por las unidades médicas del primer y segundo niveles de atención de la Delegación.

**6. Área responsable de evaluar el compromiso:**

Subdirección de Gestión y Evaluación en Salud a través de la Jefatura de Servicios de Evaluación del Desempeño Médico de la Dirección Médica. Direcciones de correo electrónico: [mbecerra@issste.gob.mx](mailto:mbecerra@issste.gob.mx) y [javazquez@issste.gob.mx](mailto:javazquez@issste.gob.mx).

**7. Observaciones:**

La evaluación de este compromiso iniciará una vez que el sistema ISSSTEMED se encuentre estabilizado. La Subdirección de Gestión y Evaluación en Salud realizará supervisiones periódicas a las unidades donde se encuentra desplegado el Expediente Clínico Electrónico, para corroborar en sitio, la funcionalidad del mismo.

**Relación de unidades médicas a evaluar**



## ANEXO 3

### Ficha Técnica del Compromiso de Gestión 1.10

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

#### 1. Objetivo a cumplir:

Obtener oportunamente y con calidad la información mensual actualizada que requiere el Sistema de Costos Médicos del ISSSTE, de los diferentes Sistemas de Información Médico-Financieros, en las fechas establecidas, por unidad médica, a nivel de servicio, horario, tipo de contratación, puesto y función, con el fin de obtener costos médicos más precisos.

#### 2. Fuente:

La Base de datos de la unidad médica que se registra en el SIMEF o a través de los Sistemas SIEL de Recursos Humanos en Línea o en SIEL de Recursos Humanos Local.

#### 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 la información de la plantilla de los recursos físicos humanos por unidad médica, servicio, horario, tipo de contratación, tipo de puesto y función en el módulo correspondiente del SIMEF o de los Sistemas SIEL de Recursos Humanos en Línea o en SIEL de Recursos Humanos Local.

**Para que la calificación de este indicador sea asignada de manera satisfactoria, la Delegación u Hospital Desconcentrado que reporta, no deberá adeudar información de este compromiso de meses anteriores al de referencia; es decir, aún cuando envíen la captura del mes en cuestión reportado en tiempo y forma, y siga pendiente de capturar información 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, para aquellas unidades médicas que cumplan en tiempo y forma con el registro de la información de este compromiso y que no presenten ningún adeudo de la misma.**

#### 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 cumplimiento; 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](mailto:malanis@issste.gob.mx) y [cgpartearroyo@issste.gob.mx](mailto:cgpartearroyo@issste.gob.mx).

## 7. Observaciones:

La información solicitada en los sistemas SIMEF y del SIEL de recursos humanos, 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.

Se debe actualizar mensualmente **la plantilla completa de los Recursos Físicos Humanos**, mas 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 o SIMEF.

La información capturada se considerará congruente cuando la comparación entre los datos de la plantilla física reportada y la plantilla oficial de la Subdirección de Recursos Humanos, no rebase los siguientes rangos:

- 3% superior o inferior para las unidades médicas del segundo y tercer nivel.
- 10% superior o inferior para las unidades médicas del primer nivel.

En el caso de una mayor la diferencia, la unidad médica deberá enviar a través de correo electrónico la aclaración y/o justificación correspondiente, de no presentarse de manera satisfactoria, se procederá a calificar como incumplido este compromiso.

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.

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

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

## ANEXO 3

### Ficha Técnica del Compromiso 2.1

**Alcanzar el 100% de la meta definida para 2011, 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:**

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

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](mailto:bdelarosa@issste.gob.mx) y [hatellez@issste.gob.mx](mailto:hatellez@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 trimestre, a nivel de la delegación, entre la meta del periodo.

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 DELEGACIÓN**

<b>DELEGACIONES</b>	<b>META FINAL 2011</b>
AGUASCALIENTES	6,120
BAJA CALIFORNIA	11,058
BAJA CALIFORNIA SUR	4,000
CAMPECHE	3,870
COAHUILA	11,930
COLIMA	3,008
CHIAPAS	6,840
CHIHUAHUA	10,137
DURANGO	11,931
GUANAJUATO	18,715
GUERRERO	21,096
HIDALGO	11,395
JALISCO	15,071
ESTADO DE MEXICO	51,664
MICHOACAN	22,771
MORELOS	9,817
NAYARIT	7,756
NUEVO LEON	8,901
OAXACA	17,498
PUEBLA	12,744
QUERETARO	5,449
QUINTANA ROO	6,279
SAN LUIS POTOSI	10,410
SINALOA	15,805
SONORA	11,524
TABASCO	7,306
TAMAULIPAS	16,109
TLAXCALA	5,169
VERACRUZ	21,973
YUCATAN	7,572
ZACATECAS	6,516
<b>SUBTOTAL ESTADOS</b>	<b>380,434</b>
REGIONAL NORTE	19,692
REGIONAL ORIENTE	23,831
REGIONAL SUR	46,914
REGIONAL PONIENTE	15,165
<b>SUBTOTAL D.F.</b>	<b>105,602</b>
<b>TOTAL</b>	<b>486,036</b>

## ANEXO 3

### Ficha Técnica del Compromiso 2.2

**Alcanzar el 100% de la meta definida para 2011, 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 Crónicas Degenerativas de la Dirección Médica, con direcciones de correo electrónico: [bdelarosa@issste.gob.mx](mailto:bdelarosa@issste.gob.mx) y [hatellez@issste.gob.mx](mailto:hatellez@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.

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

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

**METAS A CUMPLIR DE MASTOGRAFÍAS POR UNIDAD DESCONCENTRADA**

DELEGACIÓN	META FINAL 2011
AGUASCALIENTES	1,616
BAJA CALIFORNIA	2,925
BAJA CALIFORNIA SUR	1,704
CAMPECHE	1,124
COAHUILA	3,111
COLIMA	1,046
CHIAPAS	2,673
CHIHUAHUA	2,557
DURANGO	2,384
GUANAJUATO	3,711
GUERRERO	4,379
HIDALGO	2,821
JALISCO	3,570
ESTADO DE MEXICO	2,339
MICHOACAN	2,339
MORELOS	2,308
NAYARIT	1,697
NUEVO LEON	4,075
OAXACA	2,339
PUEBLA	0
QUERETARO	1,487
QUINTANA ROO	1,100
SAN LUIS POTOSI	3,549
SINALOA	4,526
SONORA	2,187
TABASCO	1,442
TAMAULIPAS	5,692
TLAXCALA	1,088
VERACRUZ	5,366
YUCATAN	2,050
ZACATECAS	1,728
REGIONAL NORTE	6,146
REGIONAL ORIENTE	5,700
REGIONAL SUR	19,545
REGIONAL PONIENTE	4,680
<b>SUBTOTAL DELEGACIONES</b>	<b>115,004</b>
"DR. M.CARDENAS DE LA VEGA", CULIACAN	2,339
"VALENTIN GOMEZ FARIAS", ZAPOPAN	2,695
MONTERREY	1,170
PUEBLA, PUE.	3,360
LEON	2,850
MÉRIDA	1,425
"PRESIDENTE BENITO JUAREZ", OAX.	2,339
"PRIMERO DE OCTUBRE"	2,047
"GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"	2,850
"LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"	2,850
<b>SUBTOTAL REGIONALES</b>	<b>23,925</b>
<b>TOTAL</b>	<b>138,929</b>

## ANEXO 3

### Ficha Técnica del Compromiso 2.3

**Lograr el 80% de cobertura anual de vacunación con esquemas completos en niños menores de ocho años, en las áreas de responsabilidad institucional.**

#### 1. Objetivo a cumplir:

Lograr coberturas del 80% y más en el Programa de Vacunación Universal, con esquemas básicos completos, 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.

#### 5. Calculo del Indicador:

De enero a diciembre de 2011 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 de las áreas de responsabilidad del ISSSTE capturados, que corresponde al porcentaje de la población comprometida en el Consejo Estatal de Vacunación (COEVA) en cada Estado.

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

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

% de cobertura alcanzado a Dic. 2010	Avances de cobertura											
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Menor de 50%	40	40	45	45	50	50	55	60	65	70	75	80
Mayor o igual a 50% y menor a 70%	50	50	55	55	60	60	65	65	70	70	75	80
Mayor a 70%	70	70	70	70	75	75	75	75	80	80	80	80

La evaluación se realizará de la siguiente manera:

Calificación de uno (1.0) si la cobertura en el mes es igual o mayor a la correspondiente que se señala en la tabla de avances, de acuerdo al porcentaje de cobertura logrado en 2010.

Calificación de cero punto seis (0.6), si la cobertura en el mes es hasta 10% menor a la correspondiente en la tabla de avances, de acuerdo al porcentaje de cobertura logrado en 2010.

Calificación de cero (0.0), si la cobertura en el mes es más del 10.0% más baja que el resultado correspondiente a lo indicado en la tabla de acuerdo al porcentaje de cobertura logrado en 2010.

#### 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, a través del Departamento de Enfermedades Prevenibles por Vacunación con direcciones de correo electrónico: [nrodriguez@issste.gob.mx](mailto:nrodriguez@issste.gob.mx) y [laruiz@issste.gob.mx](mailto: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.

En caso de existir alguna situación real y válida, como las condiciones de inseguridad y la falta de dotación de biológicos y otros insumos, que le impida a la Delegación cumplir con la meta de un mes determinado, deberá solicitarlo por escrito al "Evaluador" antes de la publicación del tablero de control de calificaciones definitivo correspondiente, aportando los argumentos necesarios que justifiquen la petición.

Se entiende por esquema básico completo de vacunación, de acuerdo a la definición del Consejo Nacional de Salud, al número de vacunas en dosis únicas y refuerzos 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, TÉTANOS, POLIOMELITIS E INFECCIONES POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B	CUATRO DOSIS	2 MESES 4 MESES 6 MESES 18 MESES
DPT	DIFTERIA, TOSFERINA, TÉTANOS	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
ANTI INFLUENZA	INFLUENZA	UNA O DOS DOSIS SEGÚN EDAD	1 DOSIS ENTRE SEIS Y 35 MESES 1 DOSIS AL MES DE LA 1a. 1 DOSIS ANUAL HASTA LOS 59 MESES EN PERIODO INVERNAL
TRIPLE VIRAL SRP	SARAMPIÓN, RUBEOLA 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 55% 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 55% de pacientes subsecuentes con hemoglobina glucosilada menor a 7%	1.0
Menor a 55% y mayor o igual a 50% de los pacientes subsecuentes con hemoglobina glucosilada menor a 7%	0.6
Menor a 50% 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.

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](mailto:iysanchez@issste.gob.mx) e [ilrivapalacio@issste.gob.mx](mailto: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	
		Primer Semestre	Segundo Semestre
1.	AGUASCALIENTES	C.M.F. Aguascalientes	C.M.F. Ojocaliente
2.	BAJA CALIFORNIA	C.H. Fray Junípero Serra	C.H. Ensenada
3.	BAJA CALIFORNIA SUR	H.G. Carlos Estrada Ruibal	
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. Mixquiahuala
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	
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	C.M.F. Cárdenas
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	H.G. Zacatecas
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. Cuitlahuac

## 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 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 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).

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

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: [bdelarosa@issste.gob.mx](mailto:bdelarosa@issste.gob.mx) y [mgurbina@issste.gob.mx](mailto:mgurbina@issste.gob.mx)

#### 7. Observaciones:

En las Delegaciones que no cuenten con Clínicas de Medicina Familiar o Clínicas Hospital, el Compromiso aplicará en las Unidades Médicas del primer nivel de atención.

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

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

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.**

**ANEXO 3**

**Ficha Técnica del Compromiso 2.6**

**Lograr que un mínimo del 25% de los trabajadores que cotizan al ISSSTE por Delegación, se registren en la plataforma PrevenISSSTE cerca de ti.**

**1. Objetivo a cumplir:**

Incrementar de manera significativa el número de trabajadores derechohabientes, se registren en 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 y SIPE.

**3. Periodicidad:**

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

**4. Indicador:**

Expresa la proporción de trabajadores 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 periodo.

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

La evaluación se determinará con base en la distribución mensual de la meta anual:

DELEGACIÓN	25 % de Trabajadores Anuario Estadístico 2009	Acumulado de Trabajadores registrados a Marzo 2011	Meta Anual 2011 Abril - Diciembre
AGUASCALIENTES	6841	3385	3,456
BAJA CALIFORNIA	8649	785	7,864
BAJA CALIFORNIA SUR	6461	907	5,554
CAMPECHE	5309	492	4,817
CHIAPAS	17410	2469	14,941
CHIHUAHUA	15530	2786	12,744
COAHUILA	15138	4042	11,096
COLIMA	4116	1030	3,086
DURANGO	15219	1242	13,977
GUANAJUATO	24436	1881	22,555
GUERRERO	25250	1732	23,518
HIDALGO	15671	3550	12,121
JALISCO	20617	2670	17,947
MEXICO	58367	13916	44,451
MICHOACAN	22673	2132	20,541
MORELOS	10417	1929	8,488
NAYARIT	8266	1494	6,772
NUEVO LEON	12406	1134	11,272
OAXACA	21977	2746	19,231
PUEBLA	17479	2654	14,825
QUERETARO	6724	1906	4,818
QUINTANA ROO	7227	2028	5,199
SAN LUIS POTOSI	13969	2423	11,546
SINALOA	18664	1919	16,745
SONORA	12201	1454	10,747
TABASCO	8207	1200	7,007
TAMAULIPAS	20393	2906	17,487
TLAXCALA	5990	876	5,114
VERACRUZ	28034	3793	24,241
YUCATAN	8024	1302	6,722
ZACATECAS	7802	876	6,926
REGIONAL NORTE	41396	7501	33,895
REGIONAL ORIENTE	42712	8738	33,974
REGIONAL PONIENTE	31254	7168	24,086
REGIONAL SUR	60413	10551	49,862
<b>TOTAL</b>	<b>645,238</b>	<b>107,617</b>	<b>537,621</b>

La evaluación de los avances se determinará con base en las siguientes metas mensuales:

DELEGACIÓN	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Total
AGUASCALIENTES	384	384	384	384	384	384	384	384	384	3,456
BAJA CALIFORNIA	874	874	874	874	874	874	874	874	874	7,864
BAJA CALIFORNIA SUR	617	617	617	617	617	617	617	617	617	5,554
CAMPECHE	535	535	535	535	535	535	535	535	535	4,817
CHIAPAS	1,660	1,660	1,660	1,660	1,660	1,660	1,660	1,660	1,660	14,941
CHIHUAHUA	1,416	1,416	1,416	1,416	1,416	1,416	1,416	1,416	1,416	12,744
COAHUILA	1,233	1,233	1,233	1,233	1,233	1,233	1,233	1,233	1,233	11,096
COLIMA	343	343	343	343	343	343	343	343	343	3,086
DURANGO	1,553	1,553	1,553	1,553	1,553	1,553	1,553	1,553	1,553	13,977
GUANAJUATO	2,506	2,506	2,506	2,506	2,506	2,506	2,506	2,506	2,506	22,555
GUERRERO	2,613	2,613	2,613	2,613	2,613	2,613	2,613	2,613	2,613	23,518
HIDALGO	1,347	1,347	1,347	1,347	1,347	1,347	1,347	1,347	1,347	12,121
JALISCO	1,994	1,994	1,994	1,994	1,994	1,994	1,994	1,994	1,994	17,947
MEXICO	4,939	4,939	4,939	4,939	4,939	4,939	4,939	4,939	4,939	44,451
MICHOACAN	2,282	2,282	2,282	2,282	2,282	2,282	2,282	2,282	2,282	20,541
MORELOS	943	943	943	943	943	943	943	943	943	8,488
NAYARIT	752	752	752	752	752	752	752	752	752	6,772
NUEVO LEON	1,252	1,252	1,252	1,252	1,252	1,252	1,252	1,252	1,252	11,272
OAXACA	2,137	2,137	2,137	2,137	2,137	2,137	2,137	2,137	2,137	19,231
PUEBLA	1,647	1,647	1,647	1,647	1,647	1,647	1,647	1,647	1,647	14,825
QUERETARO	535	535	535	535	535	535	535	535	535	4,818
QUINTANA ROO	578	578	578	578	578	578	578	578	578	5,199
SAN LUIS POTOSI	1,283	1,283	1,283	1,283	1,283	1,283	1,283	1,283	1,283	11,546
SINALOA	1,861	1,861	1,861	1,861	1,861	1,861	1,861	1,861	1,861	16,745
SONORA	1,194	1,194	1,194	1,194	1,194	1,194	1,194	1,194	1,194	10,747
TABASCO	779	779	779	779	779	779	779	779	779	7,007
TAMAULIPAS	1,943	1,943	1,943	1,943	1,943	1,943	1,943	1,943	1,943	17,487
TLAXCALA	568	568	568	568	568	568	568	568	568	5,114
VERACRUZ	2,693	2,693	2,693	2,693	2,693	2,693	2,693	2,693	2,693	24,241
YUCATAN	747	747	747	747	747	747	747	747	747	6,722
ZACATECAS	770	770	770	770	770	770	770	770	770	6,926
REGIONAL NORTE	3,766	3,766	3,766	3,766	3,766	3,766	3,766	3,766	3,766	33,895
REGIONAL ORIENTE	3,775	3,775	3,775	3,775	3,775	3,775	3,775	3,775	3,775	33,974
REGIONAL PONIENTE	2,676	2,676	2,676	2,676	2,676	2,676	2,676	2,676	2,676	24,086
REGIONAL SUR	5,540	5,540	5,540	5,540	5,540	5,540	5,540	5,540	5,540	49,862
<b>TOTAL</b>	<b>59,736</b>	<b>59,736</b>	<b>59,736</b>	<b>59,736</b>	<b>59,736</b>	<b>59,736</b>	<b>59,736</b>	<b>59,736</b>	<b>59,736</b>	<b>537,621</b>

Las Delegaciones Regionales del Distrito Federal (Norte, Oriente, Poniente y Sur) se calificarán en forma conjunta con base en logro de la meta mensual "Total Regional", asignándose el mismo resultado a las cuatro Delegaciones:

Meta Mensual										
Delegación	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Total
REGIONAL NORTE	3,766	3,766	3,766	3,766	3,766	3,766	3,766	3,766	3,766	33,895
REGIONAL ORIENTE	3,775	3,775	3,775	3,775	3,775	3,775	3,775	3,775	3,775	33,974
REGIONAL PONIENTE	2,676	2,676	2,676	2,676	2,676	2,676	2,676	2,676	2,676	24,086
REGIONAL SUR	5,540	5,540	5,540	5,540	5,540	5,540	5,540	5,540	5,540	49,862
<b>TOTAL REGIONAL</b>	<b>15,757</b>	<b>15,757</b>	<b>15,757</b>	<b>15,757</b>	<b>15,757</b>	<b>15,757</b>	<b>15,757</b>	<b>15,757</b>	<b>15,757</b>	<b>141,817</b>

Para la calificación conforme al porcentaje de logro de la meta, se utilizará 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](mailto:ilrivapalacio@issste.gob.mx) y [bsrivera@issste.gob.mx](mailto: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 evaluación de este compromiso partirá del acumulado de registros en la plataforma PrevenISSSTE de cada Delegación durante el 2010 y los meses de enero, febrero y marzo 2011.

Se publicará un tablero con los registros de usuarios de la plataforma PrevenISSSTE Cerca de tí, en el sitio de la Dirección Médica ubicado en la Intranet del Instituto, en los primeros 10 días del mes siguiente al que se evalúa.

## ANEXO 3

### Ficha Técnica del Compromiso 2.7

**Alcanzar la meta de pacientes inscritos en el Programa de Prevención y Regresión del Sobrepeso y Obesidad que logren reducir en 10% el peso corporal a los seis meses de iniciado el control, en las unidades médicas de las Delegaciones (APLICACIÓN DIFERIDA).**

**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 de Cartillas Nacionales de Salud, Módulo de 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 10% 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 10% de su peso corporal sobre la meta esperada para el periodo.

$$\text{Porcentaje de logro de la meta} = \frac{\text{Número de derechohabientes que ingresan al programa y disminuyen el 10\% de su peso corporal a los seis meses de control}}{\text{Meta del periodo}} \times 100$$

Porcentaje de logro de la meta	Calificación
Igual o mayor 90%	1
De 70 a 89%	0.6
De 69% o menos	0.0

**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](mailto:bdelarosa@issste.gob.mx); y [hatellez@issste.gob.mx](mailto:hatellez@issste.gob.mx).

**7. Observaciones:**

Para obtener el porcentaje de logro de la meta establecida por Delegación, 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 derechohabientes controlados en el período a nivel Delegacional entre la meta del mismo período.

Los pacientes que pueden ingresar al Programa de Prevención y Regresión de Sobrepeso y Obesidad son los mayores de 18 años, con Índice de Masa Corporal (IMC) mayor a 25 y que pueden realizar actividad física.

En el caso de que las Delegaciones Estatales y Regionales requieran del apoyo técnico de los servicios de psicología y nutrición, podrán solicitarlos a través del Sistema de Teleconsulta a las unidades que cuenten con estos servicios.

Este compromiso se empezará a evaluar en el segundo semestre de 2011, considerando que durante el primer semestre ingresarán y se dará seguimiento a un número suficiente de pacientes que permita la disminución del 10% de su peso corporal para lograr la meta mensual definida en la tabla siguiente:

**TABLA CON NÚMERO DE PACIENTES Y METAS 2011**

Delegación	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Meta 2011
AGUASCALIENTES	24	24	24	24	22	22	140
BAJA CALIFORNIA	30	29	29	29	29	29	175
BAJA CALIFORNIA SUR	21	22	22	22	22	21	130
CAMPECHE	17	17	17	17	17	17	102
COAHUILA	56	56	55	54	54	54	329
COLIMA	14	14	14	15	14	14	85
CHIAPAS	54	54	54	54	54	54	324
CHIHUAHUA	56	56	56	56	56	56	336
DURANGO	59	59	59	59	61	61	358
GUANAJUATO	75	75	75	75	75	75	450
GUERRERO	91	91	91	91	91	91	546
HIDALGO	46	46	46	46	46	46	276
JALISCO	70	70	70	70	70	70	420
ESTADO DE MEXICO	165	165	166	164	165	164	989
MICHOACAN	76	75	75	75	76	75	452
MORELOS	37	38	38	37	37	37	224
NAYARIT	30	30	30	30	30	30	180
NUEVO LEON	43	43	43	43	44	44	260
OAXACA	67	68	68	68	67	68	406
PUEBLA	63	62	62	62	62	62	373
QUERETARO	23	23	23	24	23	23	139
QUINTANA ROO	23	23	23	23	23	23	138
SAN LUIS POTOSI	51	51	51	52	52	52	309
SINALOA	65	65	65	64	65	65	389
SONORA	45	45	45	45	46	46	272
TABASCO	31	31	31	31	31	31	186
TAMAULIPAS	70	70	70	71	70	70	421
TLAXCALA	22	22	22	21	21	21	129
VERACRUZ	89	89	89	89	89	90	535
YUCATAN	30	30	30	30	30	30	180
ZACATECAS	29	28	28	28	28	28	169
REGIONAL NORTE	113	113	113	113	113	113	678
REGIONAL SUR	213	214	212	213	214	215	1,281
REGIONAL ORIENTE	132	132	132	132	132	132	792
REGIONAL PONIENTE	104	106	106	106	106	106	634
<b>TOTAL</b>	<b>2,134</b>	<b>2,136</b>	<b>2,134</b>	<b>2,133</b>	<b>2,135</b>	<b>2,135</b>	<b>12,807</b>

## 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  
(sin rezago 1, con rezago 0)
  - 80% de cumplimiento: Mayor o igual a 2.10 y menor a 2.60  
(sin rezago 1, con rezago 0)
  - 0% de cumplimiento: Menor a 2.00
- **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: Menos 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 s/MF		0.90	0.10
H. Regional c/MF	0.05	0.90	0.05
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	0.50	0.40	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		

Con la aplicación del Plan Rector para el Desarrollo y Mejoramiento de la Infraestructura de los Servicios de Salud del ISSSTE, deberá ajustarse la equivalencia en la denominación de las unidades médicas para fines de evaluación y publicación de resultados.

**6. Área responsable de evaluar el compromiso:**

Jefatura de Servicios de Estadística Institucional de la Dirección de Finanzas. Correo electrónico: [estadisticains@issste.gob.mx](mailto: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](mailto: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 promedio máximo de días estancia en el servicio de cirugía general, de 5.0 para Hospitales Generales, 5.7 para Hospitales Regionales y 7.4 para el 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:

Prom. días estancia en CMN “20 de Noviembre”	Prom. días estancia en Hosp. Regionales	Prom. días estancia en Hosp. Generales	Calificación
Menor o igual a 7.4	Menor o Igual a 5.7	Menor o igual a 5.0	<b>1.0</b>
Mayor a 7.4 y menor o igual a 9.0	Mayor a 5.7 y menor o igual a 7.0	Mayor a 5.0 y menor o igual a 6.0	<b>0.6</b>
Mayor a 9.0	Mayor a 7.0	Mayor a 6.0	<b>0.0</b>

\*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 cirugía general de la unidad hospitalaria, entre el número total de egresos registrados en el mismo servicio durante el mes, de acuerdo a la siguiente fórmula.

$$\text{Días de estancia hospitalaria en cirugía general} = \frac{\text{Número total de días estancia hospitalaria en cirugía general en el mes a evaluar}}{\text{Número de egresos de pacientes de cirugía general en el mismo período}}$$

**6. Área responsable de evaluar el compromiso:**

Jefatura de Servicios de Estadística Institucional de la Dirección de Finanzas. Correo electrónico: [estadisticains@issste.gob.mx](mailto:estadisticains@issste.gob.mx).

**7. Observaciones:**

En las Clínicas Hospital de 30 camas o menos no se medirá este compromiso, solo se emitirá evaluación del “Promedio de días estancia general” y se reportará como calificación del compromiso 3.2, sin diferenciarlo por servicio.

El numerador considera los días estancia generados y el denominador los egresos correspondientes al servicio de cirugía de las unidades hospitalarias propias. Los días de estancia hospitalaria se tomarán conforme a lo que establece la NOM-040 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 3.4

**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.

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

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 3.4 y mayor o igual a 3.1	Si	0.6
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 1.8 y mayor o igual a 1.2	Si	0.6
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](mailto: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, que excluye sábados, domingos y festivos (250 al año), 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 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 3.5

**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) y/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](mailto: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:

- Se multiplicará la calificación obtenida por cada unidad hospitalaria por el número total de egresos de dicha unidad.
- En seguida se sumarán todos los valores obtenidos en el inciso anterior.
- 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 3.6

**Cumplir con un estándar del 50% 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 50% 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 50%	1.0
Menor a 50% 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](mailto:yolandag@issste.gob.mx) y [sireco@issste.gob.mx](mailto: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:

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

Los Hospitales Regionales y CMN "20 de Noviembre" deberán enviar puntualmente el informe mensual de referencia y contrarreferencia, debidamente requisitado con la información completa y enviarlo 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 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 3.7

**Cumplir con un estándar mensual igual o mayor a 220 consultas de especialidad a distancia por videoconferencia, 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 con impacto en la oportunidad y calidad de la atención a los derechohabientes.

#### 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 consultas de especialidad a distancia 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: [volandaq@issste.gob.mx](mailto:volandaq@issste.gob.mx) y [telemedicina@issste.gob.mx](mailto: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 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 3.8

**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 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:**

Porcentaje de cumplimiento de teleconsultas por equipo de videoconferencia médica en las unidades de primer y segundo nivel de atención, en relación con las teleconsultas comprometidas por tipo de unidad médica

**5. Cálculo del Indicador:**

$$\text{Porcentaje de cumplimiento} = \frac{\text{Número total de teleconsultas realizadas por sitio de telemedicina en el periodo}}{\text{Número total de teleconsultas comprometidas en el periodo}} \times 100$$

La calificación del compromiso por unidad médica será con base en la siguiente escala:

Porcentaje de teleconsulta	Calificación
Mayor o igual al 100 %	1.0
Menor a 100 y mayor o igual a 95 %	0.6
Menor al 95 %	0.0

El número de teleconsultas comprometidas para las unidades médicas con sitio de telemedicina será conforme a la siguiente tabla:

Tipo de unidad médica	Número de teleconsultas comprometidas
Unidades de primer nivel de atención	25
Unidades de segundo nivel con menos de 50 camas censables y Clínica de Especialidades	35
Unidades de segundo nivel con más de 50 camas censables	50

Para efectos de determinar el número de camas censables se considerará el Censo único de registro de recursos físicos, materiales y humanos del Intranet 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:

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](mailto:yolandag@issste.gob.mx) y [telemedicina@issste.gob.mx](mailto: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 Jefatura de Servicios de Regulación y Supervisión de la Atención Médica, 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.

**Cuando no se reciban los reportes requisitados 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 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 2011.**

**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](mailto: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 2011, 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 2011 que a continuación se presentan fueron definidas por las Subdelegaciones Médicas en forma conjunta con los Directores de las Unidades Médicas:

**DIRECCIÓN MÉDICA**  
**SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN Y EVALUACIÓN EN SALUD**  
**UNIDADES MÉDICAS PROPUESTAS PARA CERTIFICAR EN EL 2011**

No.	DELEGACIÓN	META	NOMBRE DE LA UNIDAD	Trimestre en que se Calificara el Acuerdo de Gestión				Fecha de evaluación SGES
				1°	2°	3°	4°	
1	AGUASCALIENTES	1	H.G. AGUASCALIENTES			X		18 al 20 de julio
2	CAMPECHE	1	C.H. "DR. PATRICIO TRUEBA REGIL"	-	-	-	-	Inscrita ante el CSG
3	COAHUILA	1	C.H. NUEVA ROSITA			x		20 al 22 de julio
4	COLIMA	1	C.H. "DR. MIGUEL TREJO OCHOA"			x		31 de agosto al 2 de sept
5	CHIHUAHUA	1	C.M.F. CD. JUAREZ		X			12 y 13 de abril
6	DURANGO	1	CH GÓMEZ PALACIO			x		25 al 27 de julio
7	GUANAJUATO	1	C.M.F. SALAMANCA		X			5 al 6 de abril
8	JALISCO	1	C.M.F. LAGOS DE MORENO		X			26 y 27 de mayo
9	ESTADO DE MEXICO	1	C.M.F. VALLE DE ARAGON		X			4 y 5 de abril
10	MICHOACAN	1	C.H. PATZCUARO			X		10 al 12 de agosto
11	MORELOS	1	C. E. + C.E.C.I.S. JOJUTLA DE JUAREZ		X			16 y 17 de junio
12	NUEVO LEON	1	C.M.F. GUADALUPE		X			28 y 29 de junio
13	OAXACA	1	C.M.F. OAXACA		X			24 y 25 de mayo

No.	DELEGACIÓN	META	NOMBRE DE LA UNIDAD	Trimestre en que se Calificara el Acuerdo de Gestión				Fecha de evaluación SGES
				1°	2°	3°	4°	
14	PUEBLA	3	C.H. HUAUCHINANGO		X			25 al 26 de abril
15			C.M.F. PUEBLA		X			29 al 30 de junio
16			C.M.F. ACATLÁN DE OSORIO		X			16 al 17 de mayo
17	SAN LUIS POTOSI	1	H.G. SAN LUIS POTOSI			X		20 al 22 de julio
18	SINALOA	1	C.M.F. CULIACAN		X			19 y 20 de mayo
19	SONORA	1	C.M.F. HERMOSILLO		X			24 al 25 de mayo
20	TAMAULIPAS	1	C.M.F. TAMPICO		X			12 al 13 de mayo
21	ZACATECAS	1	C.H. FRESNILLO		X			1 al 3 de junio
22	REGIONAL NORTE	4	C.M.F. GUERRERO		X			12 y 13 de abril
23			C.M.F. PERALVILLO		X			14 y 15 de abril
24			C.E. ESPECIALIDADES DENTALES	-	-	-	-	Inscrita ante el CSG
25			C.M.F. SAN ANTONIO ABAD	-	-	-	-	Inscrita ante el CSG
26	REGIONAL ORIENTE	1	C.M.F. Oriente					4 y 5 de julio
27	REGIONAL PONIENTE	3	C.M.F. REVOLUCIÓN	-	-	-	-	Inscrita ante el CSG
28			C.M.F. AZCAPOTZALCO	X	-	-	-	Certificada ante el CSG
29			C.M.F. MARINA NACIONAL	-	-	-	-	Inscrita ante el CSG
30	REGIONAL SUR	2	C.M.F. FUENTES BROTANTES	X	-	-	-	Certificada ante el CSG
31			C.M.F. XOCHIMILCO	-	-	-	-	Inscrita ante el CSG

## 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 2011, 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](mailto: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 Básicos<sup>1</sup>:

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

<sup>1</sup>La 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](mailto:hhurtado@issste.gob.mx), [cmeneses@issste.gob.mx](mailto:cmeneses@issste.gob.mx) y [lacastanon@issste.gob.mx](mailto:lacastanon@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 que el 50% de las citas médicas que se atienden, se programen a través del Sistema de Cita Médica Telefónica e Internet (SCMTI), en las unidades que cuenten con el sistema (APLICACIÓN DIFERIDA).**

#### 1. Objetivo a cumplir:

Proporcionar a la población derechohabiente del Instituto servicios estandarizados y de alta calidad, que faciliten el acceso al servicio médico en el primer nivel de atención, solicitando cita médica por vía telefónica o internet para reducir el tiempo de obtención de cita y de espera para recibir la consulta.

#### 2. Fuente:

- Tablero de control generado por la Subdirección de Tecnología de la Información.
- Sistema de Información Médico Financiero (SIMEF).
- Sistema de Información Estadística Local (SIEL).

#### 3. Periodicidad:

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

#### 4. Indicador:

Número de citas otorgadas vía telefónica e internet a través del SCMTI dividido entre el total de consultas otorgadas en la unidad médica.

#### 5. Cálculo del Indicador:

Se construye dividiendo el número total de citas otorgadas a través del SCTMI entre el total de consultas correspondientes al mismo periodo, multiplicadas por cien.

$$\text{Porcentaje de cumplimiento} = \frac{\text{Número de citas otorgadas a través del SCMTI en el mes}}{\text{Total de consultas realizadas en el mismo periodo}} \times 100$$

La calificación del indicador se determinará de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje de Cumplimiento	Calificación
Mayor o igual al 50%	1.0
Menor al 50% y mayor o igual al 40%	0.6
Menor al 40%	0.0

#### 6. Área responsable de evaluar el compromiso

Subdirección de Gestión y Evaluación en Salud, a través del Departamento de Indicadores Básicos con dirección de correo electrónico: [lmayorga@issste.gob.mx](mailto:lmayorga@issste.gob.mx).

**7. Observaciones:**

Para integrar la calificación delegacional, el total de citas otorgadas por las unidades (CMF, UMF, HG o CH) que cuentan con el SCMTI del mes a reportar se dividirá entre el total de consultas otorgadas de dichas unidades del mismo periodo.

$$\text{Porcentaje de Cumplimiento} = \frac{\text{Número de citas otorgadas por todas las unidades con el SCMTI adscritas a la Delegación}}{\text{Total de consultas otorgadas de todas las unidades con el SCMTI}} \times 100$$

**Tabla de Unidades con Sistema de Cita Médica Telefónica e Internet  
Por Delegación, UMF, CMF, CE, CH, HG y HR**

DELEGACIÓN		UNIDAD MÉDICA		DELEGACIÓN		UNIDAD MÉDICA							
1	AGUASCALIENTES	1	C.M.F. AGUASCALIENTES										
2	BAJA CALIFORNIA	2	H.G. "5 DE DICIEMBRE", MEXICALI	20	PUEBLA	87	C.H. HUAUCHINANGO						
		3	C.H. "FRAY JUNIPERO SERRA", TIJUANA			88	C.H. TEHUACAN						
		4	C.H. ENSENADA			89	C.H. TEZIUTLAN						
		5	H.G. LA PAZ			90	C.M.F. ACATLAN DE OSORIO						
6	C.H. CD. CONSTITUCION	91	C.M.F. ATLIXCO										
7	C.H. SANTA ROSALIA	92	C.M.F. SAN MARTIN TEXMELUCAN										
3	BAJA CALIFORNIA SUR	8	C.H. "DR. PATRICIO TRUEBA REGIL", CAMP.	93	C.M.F. PUEBLA	21	QUERETARO	94	C.M.F. QUERETARO				
		9	C.H. CD. DEL CARMEN	95	C.H. CHETUMAL								
4	CAMPECHE	10	C.H. "DR. JOSE MA. RODRIGUEZ", SALTILLO	22	QUINTANA ROO	96	C.H. CD. CANCUN	23	SAN LUIS POTOSÍ	97	C.M.F. COZUMEL		
		11	C.H. MONCLOVA			98	C.H. CD. VALLES			99	C.H. MATEHUALA		
		12	C.H. PIEDRAS NEGRAS			100	C.M.F. "DR. PEDRO BARCENA HIRIART", S.L.P.			101	C.H. RIO VERDE		
		13	C.H. SAN PEDRO DE LAS COLONIAS	102	C.H. TAMAZUNCHALE	103	U.M.F. COL. BUROCRATAS						
		14	C.M.F. CD. ACUÑA	104	U.M.F. SOLEDAD DE GRACIANO SANCHEZ	105	C.H. MAZATLAN						
		15	C.H. NUEVA ROSITA	24	SINALOA	106	C.H. LOS MOCHIS						
		16	C.H. CD. SABINAS			107	C.M.F. CULIACAN						
		17	C.M.F. TORREON			108	C.H. CD. OBREGON						
		18	U.M.F. PARRAS DE LA FUENTE			109	C.H. NAVOJOA						
6	COLIMA	19	C.H. "DR. MIGUEL TREJO OCHOA", COLIMA	25	SONORA	110	C.H. GUAYMAS						
		20	C.H. MANZANILLO			111	C.H. SAN LUIS RIO COLORADO						
		21	C.H. "DR. ROBERTO NETTEL F.", TAPACHULA			112	C.H. NOGALES						
		22	C.H. SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS			113	C.M.F. HERMOSILLO						
7	CHIAPAS	23	C.H. COMITAN DE DOMINGUEZ			114	U.M.F. AGUA PRIETA			26	TABASCO	115	C.M.F. CARDENAS
		24	C.M.F. TUXTLA GUTIERREZ			116	C.M.F. CASA BLANCA, VILLAHERMOSA						
		8	CHIHUAHUA			25	C.M.F. CHIHUAHUA	117	C.H. CD. VICTORIA	27	TAMAULIPAS	118	C.H. "DR. BAUDELIO VILLANUEVA", REYNOSA
						26	C.H. HIDALGO DEL PARRAL	119	C.H. "DR. MANUEL F. RODRIGUEZ", MATAMOROS				
27	C.H. CD. CUAUHTEMOC					120	C.H. "AGOSTO 12", NUEVO LAREDO						
28	C.M.F. CD. JUAREZ					121	C.H. RIO BRAVO						
29	C.M.F. CD. DELICIAS					122	C.H. CD. MANTE						
30	U.M.F. OJINAGA					123	C.M.F. TAMPICO						
31	U.M.F. CD. JIMENEZ												
32	U.M.F. CD. CAMARGO												
9	DURANGO			33	C.H. GOMEZ PALACIO								
				34	C.M.F. CD. LERDO								
		35	C.M.F. DURANGO										

1

Tabla de Unidades con Sistema de Cita Médica Telefónica e Internet Por Delegación, UMF, CMF, CE, CH, HG y HR											
DELEGACIÓN		UNIDAD MÉDICA			DELEGACIÓN		UNIDAD MÉDICA				
10	GUANAJUATO	36	C.H.	IRAPUATO	29	VERACRUZ	124	C.H.	TLAXCALA, TLAX.		
		37	C.H.	GUANAJUATO, GTO.			125	C.H.	XALAPA		
		38	C.H.	CELAYA			126	C.H.	ORIZABA		
		39	C.M.F.	SALAMANCA			127	C.H.	TUXPAN		
11	GUERRERO	40	C.H.	CHILPANCIINGO DE LOS BRAVO			128	C.H.	POZA RICA DE HIDALGO		
		41	C.M.F.	ACAPULCO			129	C.H.	COATZACOALCOS		
12	HIDALGO	42	H.G.	PACHUCA			130	C.M.F.	HEROICA VERACRUZ		
		43	C.H.	IXMIQUILPAN			131	C.M.F.	CORDOBA		
		44	C.H.	HUEJUTLA DE REYES			132	C.M.F.	SAN ANDRES TUXTLA		
		45	C.M.F.	TULANCIINGO			133	C.M.F.	MINATITLAN		
		46	C.M.F.	MIXQUIAHUALA			134	C.M.F.	MARTINEZ DE LA TORRE		
		47	C.H.	CD. GUZMAN			135	C.M.F.	ACAYUCAN		
13	JALISCO	48	C.H.	PUERTO VALLARTA			136	U.M.F.	PANUCO		
		49	C.M.F.	"DR. ARTURO GLEZ.", GUADALAJARA # 1			137	U.M.F.	CD. MIGUEL ALEMAN		
		50	C.M.F.	GUADALAJARA # 2			138	C.M.F.	MERIDA (COL. LINDAVISTA)		
		51	C.M.F.	GUADALAJARA # 3			30	YUCATÁN	139	H.G.	ZACATECAS, ZAC.
		52	C.M.F.	LAGOS DE MORENO					140	C.H.	FRESNILLO
		14	ESTADO DE MEXICO	53	C.M.F.	AUTLAN DE NAVARRO	31	ZACATECAS	141	C.M.F.	GUADALUPE
54	C.E.			XALOSTOC	142	C.M.F.			GUSTAVO A. MADERO		
55	C.M.F.			ECATEPEC DE MORELOS	143	C.M.F.			ARAGON		
56	C.M.F.			VALLE DE ARAGON	144	C.M.F.			GUADALUPE		
57	C.M.F.			SATELITE NAUCALPAN	145	C.M.F.			CIINCO DE FEBRERO		
58	C.M.F.			TLALNEPANTLA	146	C.M.F.			JUAREZ		
59	C.M.F.			NUEVO ISSSTE	32	ZONA NORTE			147	C.M.F.	SAN ANTONIO ABAD
60	C.M.F.			TEXCOCO DE MORA					148	C.M.F.	"DR. JAVIER DOMINGUEZ E."CHAPULTEPEC
61	C.M.F.			NUEVA OXTOTITLAN					149	C.M.F.	PERALVILLO
62	C.M.F.			MORELIA					150	C.M.F.	GUERRERO
63	C.H.			URUAPAN DEL PROGRESO					151	C.M.F.	SANTA MARIA
64	C.H.	APATZINGAN DE LA CONSTITUCION	152	C.M.F.			PERU				
65	C.H.	ZITACUARO	33	ZONA ORIENTE			153	C.M.F.	MORELOS		
66	C.H.	ZAMORA			154	C.M.F.	ORIENTE				
67	C.H.	PATZCUARO			155	C.M.F.	MOCTEZUMA				
68	C.H.	SAHUAYO			156	C.M.F.	IZTAPALAPA I				
69	C.H.	"R. FLORES MAGON", LAZARO CARDENAS			157	C.M.F.	IZTAPALAPA II				
70	C.H.	ZACAPU			158	C.M.F.	ERMITA ZARAGOZA				
71	C.M.F.	LA PIEDAD DE CABADAS			159	C.M.F.	BALBUENA				
72	U.M.F.	CD. HIDALGO			34	ZONA SUR	160	C.M.F.	NARVARTE		
73	U.M.F.	ARIO DE ROSALES					161	C.M.F.	DEL VALLE		
74	C.H.	"DR. RAFAEL BARBA OCAMPO", CUAUTLA					162	C.M.F.	"DR. IGNAICIO CHAVEZ"		
75	C.M.F.	CUERNAVACA	163	C.M.F.			TLALPAN				
76	C.M.F.	ACAPONETA	164	C.M.F.			DIVISION DEL NORTE				
77	C.M.F.	"DR. JOAQUIN CANOVAS PUCHADES",TEPIC	165	C.M.F.			ERMITA				
78	C.H.	CONSTITUCION	166	C.M.F.			COYOACAN				
79	C.E.	LINARES	167	C.M.F.			XOCHIMILCO				
18	NUEVO LEON	80	C.H.	TEHUANTEPEC	168	C.M.F.	MILPA ALTA				
		81	C.H.	TUXTEPEC	169	C.M.F.	FUENTES BROTANTES				
		82	C.H.	HUAJUAPAN DE LEON	170	C.M.F.	VILLA ALVARO OBREGON				
		83	C.H.	PINOTEPA NACIONAL	35	ZONA PONIENTE	171	C.M.F.	CUITLAHUAC		
		84	C.E.	PUERTO ESCONDIDO			172	C.M.F.	MARINA NACIONAL		
85	C.M.F.	SALINA CRUZ	173	C.M.F.			AZCAPOTZALCO				
86	C.M.F.	OAXACA	174	C.M.F.			LEGARIA				
			175	C.M.F.			OBSERVATORIO				
			176	C.M.F.			REVOLUCION				
			LEON	177	H.R.	LEON					
			GUANAJUATO								

## ANEXO 3

### Ficha Técnica del Compromiso 4.5

#### Cumplir con la integración y funcionamiento mensual del Comité de Detección y Control de Infecciones Nosocomiales (CODECIN) en las unidades hospitalarias del Instituto.

##### 1. Objetivo a cumplir:

Lograr el correcto funcionamiento y la eficacia de los Comités de Detección y Control de Infecciones Nosocomiales (CODECIN), mediante la búsqueda intencionada de infecciones nosocomiales en pacientes hospitalizados y así como la realización de acciones encaminadas a la disminución de las infecciones nosocomiales dentro de estándares adecuados en las unidades hospitalarias del Instituto.

##### 2. Fuente:

Informe y minuta de la reunión mensual de trabajo del CODECIN con las firmas autógrafas de los miembros participantes.

##### 3. Periodicidad:

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

##### 4. Indicador:

Porcentaje de cumplimiento de las reuniones mensuales periódicas de los Comités de Detección y Control de Infecciones Nosocomiales (CODECIN) de las unidades hospitalarias.

##### 5. Cálculo de Indicador:

Se medirá el cumplimiento de las reuniones con respecto a las programadas, bajo el criterio de que debe de existir, como mínimo, una reunión al mes documentada mediante el levantamiento de una minuta, la cual deberá cumplir con los siguientes criterios:

Criterio	Porcentaje
<ul style="list-style-type: none"><li>Fecha de realización de la reunión.</li></ul>	10
<ul style="list-style-type: none"><li>Asuntos tratados.- Señalar las acciones realizadas para la <b>búsqueda intencionada de casos de infecciones nosocomiales</b>, con revisión detallada de expedientes y estudios microbiológicos. (tipo, servicio, agente causal, tasa de infecciones, realización de antibiograma y resultado).</li></ul>	30
<ul style="list-style-type: none"><li>Acuerdos y Compromisos.- Precisar las acciones a realizar y los responsables de llevarlas a cabo, así como fechas de cumplimiento y seguimiento de acuerdos y compromisos hasta su solución.</li></ul>	30
<ul style="list-style-type: none"><li>Relación con firmas autógrafas de participantes.</li></ul>	20
<ul style="list-style-type: none"><li>Fecha de próxima reunión.</li></ul>	10
<b>Total</b>	100

La minuta deberá cumplir con el 100% de los parámetros señalados y se calificará cumplido el compromiso cuando se reciban los reportes en tiempo y con la estructura establecida de manera completa y correcta; cuando no ocurra así, la calificación será 0.0.

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

Porcentaje de Cumplimiento	Calificación
Minuta en tiempo y con el 100% de los parámetros	1.0
Minuta en tiempo y entre 80 y menos del 100% de parámetros	0.6
Minuta no enviada en tiempo o con menos del 80% de los parámetros	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](mailto:hhurtado@issste.gob.mx) y [mjauregui@issste.gob.mx](mailto:mjauregui@issste.gob.mx).

#### 7. Observaciones:

La calificación Delegacional se integrará con el promedio de calificaciones de los hospitales existentes, el cual se calculará con la siguiente fórmula:

$$\text{Calificación Delegacional} = \frac{\text{Suma de calificaciones obtenidas por los hospitales que existen en la Delegación en el mes}}{\text{Número total de hospitales existentes en la Delegación}} \times 100$$

El informe correspondiente al mes a evaluar, conteniendo la o las minutas de las reuniones realizadas, como documento original impreso, deberá enviarse durante los primeros 10 días del mes siguiente al que se evalúa, a la Jefatura de Servicios de Medicina Especializada y Hospitalaria de la Subdirección de Regulación y Atención Hospitalaria.

Para evitar confusiones por tardanza en la recepción de los informes por el evaluador, paralelamente se deberán enviar los documentos escaneados por correo electrónico y el original por mensajería oficial, lo que permitirá realizar la evaluación e integrar la calificación en el tiempo establecido.

El cumplimiento correcto de este compromiso, en lo correspondiente a la **búsqueda intencionada de casos**, se considera básico para corroborar el resultado de la tasa de infecciones nosocomiales, que se evaluará mediante el compromiso 4.6, por lo que este parámetro de evaluación de las reuniones mensuales realizadas en cada hospital deberá corresponder a lo reportado en el rubro de infecciones intrahospitalarias de las "Hojas de Egreso" capturadas en el SIMEF y SIEPH.

### ANEXO 3

#### Ficha Técnica del Compromiso 4.6

**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, 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](mailto:hhurtado@issste.gob.mx) y [mjauregui@issste.gob.mx](mailto: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 4.7

**Cumplir con un mínimo del 90% 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 90%	1.0
De 80% y menor a 90%	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](mailto:hhurtado@issste.gob.mx) y [lacastanon@issste.gob.mx](mailto:lacastanon@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

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

## ANEXO 3

### Ficha Técnica del Compromiso 4.8

**Lograr la meta mensual de capacitación en Desarrollo Humano del personal de las unidades médicas de las Delegaciones, de los Hospitales Regionales y del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”.**

**1. Objetivo a cumplir:**

Capacitar al personal de primer contacto con los derechohabientes y sus familiares en las unidades médicas de las Delegaciones, en los Hospitales Regionales y el Centro Médico Nacional, con el fin de desarrollar conocimientos y habilidades que se reflejen tanto en su propio desarrollo personal como en un trato humano para los derechohabientes.

**2. Fuente:**

Sistema para la Administración del Centro de Desarrollo Humano y Profesional.

**3. Periodicidad:**

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

**4. Indicador:**

Porcentaje de personas capacitadas en Desarrollo Humano en relación a la meta establecida de personal médico, de enfermería, administrativo, técnico, de apoyo y demás personal que labora en la unidad médica, cuya función implique contacto directo con los derechohabientes y sus familiares, aplicables a las Delegaciones, Hospitales Regionales y el Centro Médico Nacional.

Cada trabajador deberá cursar los tres módulos del Programa de Capacitación en Desarrollo Humano programados para el 2011.

**5. Cálculo del indicador:**

$$\text{Porcentaje de personas capacitadas} = \frac{\text{No. de personas capacitadas en el bimestre}}{\text{No. de personas programadas para capacitar en el periodo}} \times 100$$

La calificación se asignará conforme al cumplimiento del indicador de acuerdo con la siguiente tabla:

Porcentaje de cumplimiento	Calificación
Igual o mayor al 80%	1.0
Igual o mayor a 60% y menor a 80%	0.6
Menor a 60%	0.0

### RELACIÓN DE METAS EN CMN Y HOSPITALES REGIONALES

No.	TIPO DE UNIDAD	UNIDAD	PLANTILLA DE PERSONAL	META DE PERSONAS A CAPACITAR	PERSONAS A CAPACITAR EN EL MES
1	CMN	"20 de noviembre"	3187	480	120
2	HR's	"Primero de Octubre"	1915	384	96
3		"General Ignacio Zaragoza"	1976	396	99
4		"Lic. Adolfo López Mateos"	2029	400	100
5		León	596	120	30
6		"Valentín Gómez Farías"	1486	296	74
7		Monterrey	1340	268	67
8		"Presidente Benito Juárez"	780	156	39
9		Puebla	1600	320	80
10		"Dr. Manuel Cárdenas de la Vega"	783	156	39
11		Mérida	799	160	40

### RELACIÓN DE METAS DELEGACIONALES CON SEDES 2011

No.	DELEGACIÓN	TIPOLOGÍA Y LA UNIDAD		PLANTILLA DE PERSONAL	META DE PERSONAS A CAPACITAR	PERSONAS A CAPACITAR POR UNIDAD MÉDICA EN EL MES	PERSONAS A CAPACITAR POR DELEGACIÓN EN EL MES
1	Aguascalientes	HG	Aguascalientes	468	234	59	59
2	Baja California	CH	"Fray Junípero Serra", Tijuana	405	557	51	139
3		CH	Ensenada	299		37	
4		HG	"5 de diciembre", Mexicali	410		51	
5	Baja California Sur	CH	Cd. Constitución	169	399	21	100
6		CH	Santa Rosalía	117		15	
		U.M.F.	San José de Comondú			0	
7		HG	"Dr. Carlos Estrada Ruibal", La Paz	512		64	
8	Campeche	CH	"Dr. Patricio Trueba Regil", Camp.	365	240	46	60
9		CH	Cd. Del Carmen	115		14	
10	Chiapas	CH	"Dr. Roberto Nettel F.", Tapachula	240	553	30	138
11		CH	Comitán de Domínguez	170		21	
12		CH	San Cristóbal de las Casas	150		19	
13		CMF	Tuxtla Gutiérrez	104		13	
14	Chihuahua	HG	"Belisario Domínguez", Tuxtla Gutiérrez	441	714	55	178
15		CH	Cd. Cuauhtémoc	119		15	
16		CH	Cd. Delicias	198		15	
17		CH	Hidalgo del Parral	174		22	
18		CMF	Cd. Delicias	32		5	
19		CMF	Cd. Juárez	60		5	
20		CMF	Chihuahua	24		5	
21		HG	"Pte. Gral. Lázaro Cárdenas", Chih.	570		71	
22	HG	Cd. Juárez	326	41			
23	Coahuila	CH	"Dr. José María Rodríguez", Saltillo	409	832	51	208
24		CH	Cd. Sabinas	134		17	
25		CH	Monclova	186		23	
26		CH	Nueva Rosita	123		15	
27		CH	Piedras Negras	142		18	
28		CH	San Pedro de las Colonias	127		16	
29		CMF	Torreón	32		5	
30		HG	"Dr. Francisco Galindo Chávez", Torreón	502		63	

No.	DELEGACIÓN	TIPOLOGÍA Y LA UNIDAD		PLANTILLA DE PERSONAL	META DE PERSONAS A CAPACITAR	PERSONAS A CAPACITAR POR UNIDAD MÉDICA EN EL MES	PERSONAS A CAPACITAR POR DELEGACIÓN EN EL MES
31	Colima	CH	"Dr. Miguel Trejo Ochoa", Colima	387	260	48	65
32		CH	Manzanillo	133		17	
33	Regional Oriente	HG	"Gral. José Ma. Morelos y Pavón"	612	184	46	46
34	Regional Poniente	CE	"Dr. Alberto Pisanty Ovadía"	171	689	21	172
35		HG	"Dr. Fernando Quiroz"	1036		78	
36		HG	Tacuba	974		73	
37	Regional Sur	CE	Churubusco	232	471	29	118
38		HG	"Dr. Darío Fernández Fierro"	1182		89	
39	Durango	CH	Gómez Palacio	355	530	44	132
40		CMF	Cd. Lerdo	82		10	
41		CMF	Durango	85		11	
42		HG	"Santiago Ramón y Cajal", Dgo.	537		67	
43	Estado de México	CMF	Ecatepec de Morelos	143	712	18	178
44		HG	Toluca	497		37	
45		CMF	Nueva Oxtotitlán	98		12	
46		CMF	Nuevo ISSSTE	137		17	
47		CMF	Satélite Naucalpan	86		5	
48		CMF	Texcoco de Mora	116		15	
49		CMF	Tlanepantla	115		14	
50		HAE	"Bicentenario de la Independencia"	800	60		
51	Guanajuato	CH	Celaya	420	593	53	148
52		CH	Guanajuato	387		48	
53		CH	Irapuato	297		37	
54		CMF	Salamanca	82		10	
55	Guerrero	CH	Chilpancingo de los Bravo	431	691	54	173
56		CH	Iguala de la Independencia	377		47	
57		HG	Acapulco	573		72	
58	Hidalgo	CH	Huejutla de Reyes	238	412	30	103
59		CH	Ixmiquilpan	169		21	
60		CMF	Mixquiahuala	62		5	
61		CMF	Tulancingo	59		5	
62		HG	Pachuca	557		42	
63	Jalisco	CH	Puerto Vallarta	125	307	16	77
64		CMF	Guadalajara # 2	92		12	
65		CMF	Guadalajara # 3	75		9	
66		CH	Cd. Guzmán	143		18	
67		CMF	"Dr. Arturo González", Guadalajara # 1	138		17	
66		CMF	Lagos de Moreno	36		5	
67	Michoacán	CH	Apatzingán de la Constitución	162	676	20	169
68		CH	Pátzcuaro	136		17	
69		CH	Uruapan del Progreso	279		35	
70		CH	Zamora	289		36	
71		HG	"Vasco de Quiroga", Morelia	811		61	
72	Morelos	HAE	"Centenario de la Revolución Mexicana"	998	545	75	136
73		CH	Dr. Rafael Barba Ocampo	361		45	
74		CE	Jojutla	52		5	
75		CMF	Cuernavaca	90		11	

No.	DELEGACIÓN	TIPOLOGÍA Y LA UNIDAD		PLANTILLA DE PERSONAL	META DE PERSONAS A CAPACITAR	PERSONAS A CAPACITAR POR UNIDAD MÉDICA EN EL MES	PERSONAS A CAPACITAR POR DELEGACIÓN EN EL MES
76	Nayarit	CMF	"Dr. Joaquín Canovas Puchades", Tepic	109	220	9	55
77		HG	"Dr. Aquiles Calles Ramirez", Tepic	606		46	
78	Nuevo León	CH	Constitución	526	263	66	66
79	Oaxaca	CMF	Oaxaca	69	354	5	88
80		CMF	Salina Cruz	50		5	
81		CH	Tuxtepec	174		22	
82		CH	Tehuantepec	276		35	
83		CH	Huajuapán	137		17	
84		CH	Pinotepa Nacional	69		5	
85	Puebla	CH	Huauchinango	94	315	12	79
86		CH	Tehuacán	133		17	
87		CMF	Atlixco	53		7	
88		CMF	Acatlán	51		6	
89		CH	Teziutlán	145		18	
90	CMF	Puebla	153	19			
91	Querétaro	CH	Querétaro	511	212	53	53
92	Quintana Roo	CH	Cancún	232	319	29	80
93		CH	Chetumal	322		40	
94		CH	Cozumel	83		10	
95	San Luis Potosí	CH	Cd. Valles	214	510	27	128
96		CH	Matehuala	96		12	
97		CH	Río Verde	86		11	
98		CH	Tamazunchale	64		5	
99		CMF	"Dr. Pedro Bárcena Hiriart", S.L.P.	85		11	
100		HG	San Luis Potosí	499		62	
101	Sinaloa	CH	Los Mochis	389	450	49	112
102		CH	Mazatlán	381		48	
103		CMF	Culiacán	129		16	
104	Sonora	CH	Cd. Obregón	308	700	39	175
105		CH	Guaymas	127		16	
106		CH	Navjoa	221		28	
107		CH	Nogales	70		9	
108		CH	San Luis Río Colorado	96		12	
109		HG	"Fernando Ocaranza", Hermosillo	578		72	
110	Tabasco	CMF	"Casablanca", Villahermosa	54	280	5	70
111		CMF	Cárdenas	42		5	
112		HG	"Dr. Daniel Gurría Urgell", Villahermosa	479		60	
113	Tamaulipas	CH	"Agosto 12", Nuevo Laredo	260	1028	33	257
114		CH	"Baudelio Villanueva", Reynosa	343		43	
115		CH	"Manuel F. Rodríguez", Matamoros	318		40	
116		CH	Cd. Victoria	431		54	
117		CH	Río Bravo	92		12	
118		HG	Tampico	612		77	
119	Tlaxcala	HG	Tlaxcala	422	211	53	53
120	Veracruz	CH	Coatzacoalcos	170	859	21	215
121		CH	Orizaba	301		38	
122		HG	Veracruz	771		58	
123		CH	Tuxpan	218		27	
124		CH	Xalapa	527		66	
125		CMF	Veracruz	77		5	
126	Yucatán	CMF	Mérida (Col. Lindavista)	127	64	16	16
127	Zacatecas	HG	Zacatecas	532	349	67	87
128		CH	Fresnillo	165		21	
<b>TOTALES</b>						<b>4,060</b>	<b>16,241</b>

**6. Área responsable de evaluar el compromiso:**

Jefatura de Departamento de Desarrollo Humano de la Subdirección de Gestión y Evaluación en Salud de la Dirección Médica, con dirección de correo electrónico: [geohernandez@issste.gob.mx](mailto:geohernandez@issste.gob.mx)

**7. Observaciones:**

- a) El Programa de Desarrollo Humano de la Dirección Médica constituye una prioridad institucional enfocada al fortalecimiento de una cultura de servicio y trato humano al derechohabiente, en congruencia con:
- El eje rector 3 del Plan Nacional de Desarrollo “Igualdad de Oportunidades”; Tema 3. Desarrollo Integral, Subtema 3.2. Salud; Objetivo 5 que plantea “Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente” de la estrategia sectorial de mejora de la calidad de los servicios de salud.
  - Las Estrategias 3.2 del Programa Nacional de Salud “Incorporar programas de calidad en la formación académica de técnicos y profesionales de la salud” y 3.4 “Promover políticas interculturales de respeto a la dignidad y derechos humanos de las personas”.
  - El objetivo 8 del Programa Institucional 2007-2012 “Proporcionar servicios de salud oportunos a través de una adecuada infraestructura física y humana”.

Por ello, se definieron las metas de este Programa, para contribuir al cumplimiento de la Estrategia Nacional de Mejora en la Prestación de los Servicios.

- b) Cada unidad médica deberá contar con la evidencia documental de los cursos y personas capacitadas en cada sede (listas de asistencia debidamente requisitadas con firma autógrafa del facilitador y de los participantes, así como los formatos de evaluación de la calidad de los cursos). Esto será verificado en visitas de supervisión no programadas.
- c) La capacitación del personal de las unidades médicas en las Delegaciones, los HR's y el CMN, será evaluada a partir del mes de marzo de 2011, conforme a la meta mensual establecida.
- d) Es indispensable registrar la información correspondiente a cada curso en el Sistema para la Administración del Centro de Desarrollo Humano y Profesional, incluyendo la evaluación de la calidad del curso impartido.
- e) La calificación delegacional se obtendrá mediante el porcentaje de cumplimiento de la meta de todas las unidades médicas sede que la integran.

$$\text{Calificación Delegacional} = \frac{\text{Número total de personas capacitadas en el bimestre en todas las unidades médicas con sede}}{\text{Número total de personas programadas para capacitar en el periodo}} \times 100$$

## ANEXO 3

### Ficha Técnica del Compromiso 5.1

**Solventar el 100% de las observaciones y recomendaciones del ejercicio 2010 y anteriores, pendientes al 31 de diciembre de 2010.**

**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:**

Mensual.

**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 2010.

**5. Cálculo del indicador:**

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

$$\text{Porcentaje de observaciones solventadas del 1}^{\text{er}} \text{ semestre de 2009 y anteriores.} = \frac{\text{Número de observaciones y recomendaciones solventadas en el mes, correspondientes al primer semestre de 2010 y anteriores}}{\text{Observaciones y recomendaciones pendientes al 31 de diciembre de 2010, del primer semestre del ejercicio 2010 y anteriores}} \times 100$$

$$\text{Porcentaje de observaciones solventadas del 2}^{\text{do}} \text{ semestre de 2009} = \frac{\text{Número de observaciones y recomendaciones solventadas en el mes, correspondientes al segundo semestre de 2010}}{\text{Observaciones y recomendaciones pendientes al 31 de diciembre de 2010, del segundo semestre del ejercicio 2010}} \times 100$$

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

**Observaciones y**

**Recomendaciones =** (Total de observaciones / 12) 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 primer semestre del ejercicio de 2010 y anteriores.....**70%**
- Para las solventadas del segundo semestre del ejercicio de 2010.....**30%**
- 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](mailto:oiassolis@issste.gob.mx); [oiqingile@issste.gob.mx](mailto:oiqingile@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 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](mailto: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 2011					
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](mailto: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

**Mostrar un avance del 10% mensual de cumplimiento en las estrategias anuales establecidas en los Programas de Mejora diseñados en cada uno de los 32 hospitales que recibieron los servicios de apoyo técnico para mejorar el cumplimiento de los compromisos de gestión.**

**1. Objetivo a cumplir:**

Dar seguimiento a la aplicación e implementación de las estrategias establecidas en los Programas de Mejora, generados a partir de los servicios de apoyo técnico proporcionados a 32 hospitales seleccionados, garantizando el cumplimiento puntual de las acciones contempladas en el Programa de Actividades definido por el Comité de Mejora de cada hospital.

**2. Fuente:**

Informe mensual de avance de las estrategias y líneas de acción establecidas en los Programas de Mejora derivados de los servicios de apoyo técnico 2009 y 2010.

**3. Periodicidad:**

Mensual, con la entrega del informe durante los primeros 10 días del mes siguiente al que se evalúa.

**4. Indicador:**

Porcentaje de avances logrados en la aplicación de las estrategias seleccionadas que se integren en el Programa de Actividades que formule el Comité de Mejora de cada hospital.

**5. Cálculo del indicador:**

El porcentaje de avances se calculará dividiendo el resultado obtenido en la evaluación de las actividades efectivamente realizadas, entre las actividades programadas para cada una de las estrategias seleccionadas por el Comité de Mejora de cada hospital, quien determinará el peso ponderado de cada una de las actividades a realizar.

Se calificará con 1.0 cuando se logre como mínimo el avance mensual de 10% de las acciones establecidas en las estrategias del Programa de Actividades, con 0.6 cuando el avance se ubique en un rango entre 6.0 y menor al 10.0%; y será 0.0 cuando el avance porcentual sea menor al 6%, de acuerdo a la siguiente tabla:

Porcentaje de logro	Calificación
Igual o mayor al 10.0	1.0
Igual o mayor 6.0 y menor al 10.0	0.6
Menor al 6.0	0.0

## 6. Área responsable de evaluar el compromiso:

La Subdirección de Aseguramiento de la Salud, de la Dirección de Finanzas. Direcciones de correo electrónico: [agolivelia@issste.gob.mx](mailto:agolivelia@issste.gob.mx) y [hcorona@isste.gob.mx](mailto:hcorona@isste.gob.mx)

## 7. Observaciones:

Durante el primer mes de aplicación del presente Acuerdo de Gestión, este compromiso se calificará con la entrega por parte de los hospitales al área evaluadora, del Programa Mensual 2011 de Actividades a realizar, elaborado por el Comité de Mejora de cada hospital para avanzar con la aplicación de las estrategias definidas de cumplimiento de los compromisos de gestión.

Dicho programa deberá contemplar el calendario de avance mensual esperado para la implementación de las estrategias definidas en los Programas de Mejora correspondientes. Se calificará con 1.0 la entrega en tiempo y forma del documento mencionado y de la minuta de la reunión correspondiente.

**En tanto no se cumpla con el envío del Programa Mensual de Actividades, la calificación será 0.0.**

A partir del segundo mes, la calificación se calculará con base en el avance mensual de los logros plasmados en el informe correspondiente, el cual habrá de ser corroborado en las visitas de supervisión que realice la Subdirección de Aseguramiento de la Salud o a través del requerimiento de las evidencias documentales correspondientes.

La calificación Delegacional se integrará con el promedio de la calificación obtenida por las unidades hospitalarias evaluadas.

Para homogeneizar la elaboración del Programa Mensual de Actividades, así como para precisar la metodología de evaluación de este compromiso de gestión, la Subdirección de Aseguramiento de la Salud enviará el esquema estandarizado para elaborar el programa referido y el formato del informe mensual que entregará cada uno de los hospitales, acompañados de los instructivos correspondientes.

**RELACIÓN DE LAS 32 UNIDADES HOSPITALARIAS QUE RECIBIERON APOYO TÉCNICO PARA EL REORDENAMIENTO DE LOS SERVICIOS**

<b>Hospitales Regionales</b>			
<b>Entidad Federativa</b>	<b>Unidad Hospitalaria</b>	<b>Apoyo Técnico</b>	
		<b>2009</b>	<b>2010</b>
Sur del Distrito Federal	H. R. "Lic. Adolfo López Mateos"		✓
Oriente del Distrito Federal	H. R. "Gral. Ignacio Zaragoza"	✓	✓
Norte del Distrito Federal	H. R. "1° de Octubre"	✓	✓
Yucatán	H. R. "Mérida"		✓
Sinaloa	H. R. "Dr. M. Cárdenas de la Vega"		✓
Oaxaca	H. R. "Presidente Benito Juárez"		✓
Jalisco	H. R. "Dr. Valentín Gómez Farías"		✓
<b>Delegaciones Regionales</b>			
Regional Poniente del D.F.	H. G. "Tacuba"		✓
Regional Sur del D.F.	H. G. "Dr. Darío Fernández Fierro"	✓	✓
<b>Delegaciones Estatales</b>			
Aguascalientes	H. G. "Aguascalientes"		✓
Baja California	C. H. "Fray Junípero Serra"		✓
Baja California Sur	H. G. "Dr. Carlos Estrada Ruibal"	✓	✓
Chiapas	H. G. "Dr. Belisario Domínguez"		✓
Chihuahua	H. G. "Cd. Juárez"		✓
	H. G. "Pdte. Gral. Lázaro Cárdenas"	✓	✓
Coahuila	H. G. "Dr. Francisco Galindo Chávez"		✓
Durango	H. G. "Dr. Santiago Ramón y Cajal"		✓
Guerrero	H. G. "Acapulco"	✓	✓
	C. H. "Chilpancingo de los Bravo"		✓
Hidalgo	H. G. "Pachuca"		✓
Estado de México	H. G. "Toluca"	✓	✓
Michoacán	H. G. "Vasco de Quiroga"	✓	✓
Morelos	H. G. "Dr. C. Calero Elorduy" / "Centenario de la Rev."	✓	✓
Nayarit	H. G. "Dr. Aquiles Calles Ramírez"	✓	✓
Nuevo León	C. H. "Constitución"		✓
Querétaro	C. H. "Dr. Ismael Vázquez Ortiz"	✓	✓
San Luis Potosí	H. G. "San Luis Potosí"		✓
Sonora	H. G. "Dr. Fernando Ocaranza"	✓	✓
Tamaulipas	H. G. "Tampico"		✓
Tlaxcala	H. G. "Tlaxcala"		✓
Veracruz	C. H. "Xalapa"		✓
Zacatecas	H. G. "Zacatecas"		✓

## 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 del programa elaborado por las propias unidades médicas, sobre las acciones mínimas indispensables de mantenimiento preventivo al inmueble, sus instalaciones y equipos electromecánicos instalados.

#### 2. Fuente:

- Sistema para el Mantenimiento de Equipo Médico (SMEM).
- Programa de Mantenimiento Preventivo de la Infraestructura Física, Equipamiento Electromecánico e Instalaciones, elaborado por las unidades médicas.
- Reportes mensuales de avance en las actividades del Programa de Mantenimiento.

#### 3. Periodicidad:

- a) Mensual, a más tardar en los primeros siete días naturales, del reporte y atención oportuna registrado en el SMEM, de las fallas de los equipos médicos contemplados en los contratos de nivel central.
- b) Por etapas para la aplicación del Programa de Mantenimiento Preventivo de las propias Unidades Médicas de la Delegación o el Hospital Desconcentrado, de acuerdo a la siguiente tabla:

Periodo	Actividad Programada	% de Avance
Enero	Presentación del Programa Anual de Mantenimiento Preventivo (Elaborado en el último trimestre de ejercicio 2010)	10
Febrero y Marzo	Determinación de necesidades de mantenimiento preventivo del edificio, sus equipos electromecánicos e instalaciones	20
Abril	Gestión del recurso presupuestal para su contratación	30
Mayo y Junio	Asignación de los contratos de servicios de impermeabilización y desasolve y de mantenimiento preventivo del equipo electromecánico.	50
Julio a noviembre	Ejecución de las acciones contratadas y envío al nivel central del reporte mensual del cumplimiento de los trabajos programados	90
Diciembre	Conclusión del contrato y elaboración final de las acciones realizadas	100

#### 4. Indicador:

- a) Captura inmediata en el SMEM de las fallas de los equipos médicos sujetos a contrato central de mantenimiento y de los reportes de las atenciones proporcionadas por el proveedor.
- b) Porcentaje de avance acumulado del Programa Delegacional y del Programa de los Hospitales Desconcentrados por actividad cumplida de acuerdo a la programación definida.

#### 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.
- Se otorgará el 50% de la calificación por el cumplimiento mensual de las actividades señaladas en el calendario establecido, para los programas locales de impermeabilización y desazolve, y de mantenimiento preventivo de equipos electromecánicos.

La calificación se integrará con base en las siguientes fórmulas:

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

$$\text{\% Avance en Programa de Mantenimiento Preventivo Local} = \frac{\text{Número de acciones realizadas del programa preventivo de la unidad en el mes evaluado}}{\text{Número de acciones programadas por la unidad en el mes a evaluar}} \times 100 = 50\%$$

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 hasta el 100% se calificará con el equivalente entre 0.75 y 1.0, según corresponda de conformidad con el 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](mailto:fcebeira@issste.gob.mx), [evesanchez@issste.gob.mx](mailto:evesanchez@issste.gob.mx) y [mljimenez@issste.gob.mx](mailto: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.