

Acuerdo de Gestión que celebran por una parte la Dirección de Finanzas por conducto de la Subdirección de Aseguramiento de la Salud, representada por el Dr. Antonio Guzmán Nacoud, a quien en lo sucesivo se le denominará “El Financiado”; y por la otra parte el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, representado por su Director, el Dr. Rafael Navarro Meneses, a quien en lo sucesivo se denominará como “El Prestador”; con la participación de la Dirección Médica, por conducto de la Mtra. Celina Alvear Sevilla, Subdirectora de Gestión y Evaluación en Salud, en calidad de representante del Área Normativa de Salud, al tenor de los siguientes antecedentes, declaraciones y cláusulas:

ANTECEDENTES

Desde el año 2003 se opera el sistema de incentivos al desempeño y a la calidad de los servicios médicos de los prestadores de servicios de salud. Este sistema, permite a las unidades desconcentradas suscribir de forma voluntaria compromisos de gestión, que ligados a su cumplimiento, les ofrece la oportunidad de obtener recursos adicionales para el presupuesto de salud. Esto representó el primer paso para que la asignación presupuestal de las unidades desconcentradas dejara de ser inercial, cimentada en el gasto histórico y en decisiones centrales poco transparentes. A partir de ese año, la entonces Subdirección General de Finanzas inició la aplicación de un proceso de asignación de recursos transparente y justificable con base en los resultados que las unidades de salud han demostrado mediante el esfuerzo, 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 nuevos Acuerdos de Gestión que engloban dos procesos interdependientes: el “Financiamiento por resultados” y el “Sistema de incentivos al desempeño y a la calidad de los servicios médicos de los prestadores de servicios de salud”; de acuerdo a este planteamiento, los presupuestos de operación de las unidades desconcentradas se fundamentarán en los resultados obtenidos por ellas mismas y toman en cuenta aspectos socio-

demográficos y epidemiológicos inherentes a la derechohabencia de su responsabilidad.

Por otro lado, los “Incentivos al desempeño y calidad de los servicios médicos” 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 las capacidades resolutorias de las distintas unidades desconcentradas.

Así, tomando en cuenta las particularidades de las diferentes unidades desconcentradas, éstas se han clasificado dentro de diez grupos de Acuerdos de Gestión; con lo que se pretende una evaluación más equitativa mediante compromisos y ponderadores diferenciados para cada Acuerdo y, se promueve una competencia sana entre las unidades desconcentradas 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, el Manual de Organización General del Instituto y su Manual de Organización Específico; el Director de Finanzas cuenta con facultades para:

1. 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
2. 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.
3. 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 atribuyen las siguientes funciones de acuerdo con el Manual de Organización Específico:

1. Normar, elaborar, suscribir y supervisar los acuerdos de gestión, con las áreas médicas desconcentradas.
2. Definir y evaluar las metas específicas que deberán cumplirse en la prestación de los servicios de salud, 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”:

II.1.- Que es una Unidad Administrativa desconcentrada del ISSSTE, cuyo objeto es otorgar atención médica integral de alta especialidad a la derechohabencia del Instituto, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4 fracción II inciso e) y 74 del Estatuto Orgánico del Instituto.

II.2.- Que para su administración y funcionamiento, el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” 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.

III.- Declara el Área Normativa de Salud:

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

1. Planear, coordinar, normar y evaluar, con base en las políticas Institucionales y sectoriales aplicables, el sistema institucional para el otorgamiento de los servicios médicos relacionados con el seguro de salud previsto en la Ley.
2. 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.
3. 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.
4. Coordinar, regular y vigilar, en los términos que lo disponga este Estatuto, la operación de los servicios de salud del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre".

III.2.- Que de acuerdo con su Manual de Organización Específico, 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. Dirigir la planeación estratégica y evaluación del sistema institucional de servicios de salud, con la participación de las áreas de la Dirección Médica, así como con los órganos desconcentrados correspondientes.

III.3.- Que el Director Médico está facultado para suscribir el presente instrumento, conforme lo dispone el Manual de Organización Específico.

IV.- Declaran conjuntamente las partes:

IV.1.- Que tal y como lo disponen los artículos 28 y 29 de la ley del ISSSTE, resulta necesaria 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 la concesión de incentivos.
3. La separación de funciones de prestación de servicios de salud y financiera, ésta última que administrará 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.

IV.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 incentivos a las unidades de salud desconcentradas que demuestren un adecuado desempeño.

IV.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 la derechohabiente y el suministro estratégico de servicios según prioridades.

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

CLAUSULAS

PRIMERA.- Definiciones.

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

- A) **Acuerdo de Gestión:** El presente instrumento técnico que define cuantitativa y cualitativamente los objetivos y metas a alcanzar en los servicios de salud proporcionados, así como los anexos y adendas que de él se deriven.
- B) **AG-1/CMN/09:** Clave identificadora del Acuerdo de Gestión tipo 1 suscrito con el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre".

- C) **Área de Enlace y Supervisión:** La Dirección de Delegaciones.
- D) **Área Normativa de Salud:** La Dirección Médica.
- E) **Compromisos de Gestión:** El conjunto de obligaciones que el prestador debe cumplir en los tiempos y formas descritas en el presente instrumento.
- F) **Evaluadores:** Cada una de las áreas responsables de calificar los compromisos de gestión.
- G) **Ficha Técnica:** El documento que detalla técnicamente el indicador. En éste se expone el objetivo a cumplir, la fuente de información documental, la periodicidad, la metodología de cálculo, el área responsable de calificar el compromiso y observaciones si las hubiere.
- H) **Financiador:** La Subdirección de Aseguramiento de la Salud en representación de la Dirección de Finanzas.
- I) **Imposibilidad:** El obstáculo para cumplir con uno o más compromisos de gestión.
- J) **Incentivos:** El estímulo que puede ser económico, en bienes o servicios que se otorga a una unidad desconcentrada, unidad médica, servicio médico o trabajador de la salud para motivarlo en el desempeño de su trabajo.
- K) **Indicadores:** Las unidades de medida que permiten el seguimiento y evaluación periódica de los compromisos de gestión mediante su comparación con los correspondientes estándares internos y/o externos.
- L) **Ponderador:** Valor numérico dado a los compromisos por su peso relativo, de acuerdo a la importancia estratégica de los servicios a que se refieren y a las características operativas de las unidades que los otorgan.
- M) **Prestador:** El Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”.
- N) **Tablero de control:** La herramienta de gestión que permite monitorear mediante indicadores y de forma periódica, el cumplimiento de los compromisos de gestión asignados a cada unidad desconcentrada.

SEGUNDA.- Objetivos.

General:

El presente Acuerdo de Gestión tiene como objetivo general, lograr que en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, se ejecuten mediante un proceso

consensuado, las acciones, políticas y estrategias institucionales, indispensables para la conducción congruente y sistemática de los servicios médicos brindados a la 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 eficacia, eficiencia y calidad.
5. Lograr niveles de producción 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 básico.
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.- Características generales de este tipo de Acuerdo de Gestión.

El modelo de Acuerdo de Gestión que suscriben el “Prestador” y el “Financiador” se denomina Acuerdo de Gestión suscrito con el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”. Este modelo toma en cuenta las diversas diferencias estructurales y

operativas entre las unidades desconcentradas del tercer nivel de atención. Así, para este fin se consideran la capacidad física instalada, la capacidad resolutive y el número de unidades médicas. Estas cualidades son tomadas en cuenta y el “Financiador” suscribirá únicamente el presente Acuerdo con el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”.

CUARTA.- Características específicas del Acuerdo de Gestión suscrito con el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” .

1. Con respecto a acuerdos anteriores, se da mayor relevancia al grupo de compromisos referente a la calidad de los servicios, quedando el peso de cada grupo en el presente Acuerdo como sigue:

Grupo de compromiso	Ponderador (%)
Oportunidad y calidad de la información	15
Eficiencia de los servicios de medicina preventiva	0
Eficiencia en los servicios de medicina curativa	40
Calidad de los servicios	40
Gestión administrativa y financiera	5

2. Por el nivel operativo con el que cuenta el “Prestador”, quedan excluidos del presente acuerdo los compromisos de gestión 1.1, 1.3, 1.6, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 3.2, 3.10, 4.3, 4.6, 5.1 y 5.4. Estos serán señalados en el Tablero de Control con “NA” (No Aplica).
3. El “Tablero de Control de los Acuerdos de Gestión 2009” tendrá un apartado específico para este grupo que incluirá los promedios de las evaluaciones de forma individual.

QUINTA.- Funcionamiento 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 "Prestador".
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.

Su finalidad es la de 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. Así, se definirán dos tipos de compromisos:

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 producir más y mejor con los recursos disponibles y a lograr niveles de producción y cobertura acordes a la capacidad instalada; versarán sobre las obligaciones primordiales del "Prestador", quien teniendo la autoridad correspondiente corregirá o promoverá paulatinamente cualquier desviación.

SÉPTIMA.- Monitoreo.

El "Prestador", la Dirección Médica y los "Calificadores", se comprometen a facilitar a "El Financiado", el acceso a la información documental necesaria para poder efectuar el proceso de monitoreo, que se realizará de acuerdo con el programa de seguimiento y los indicadores establecidos en este Acuerdo.

OCTAVA.- Compromisos de Gestión.

Las partes acuerdan conjuntamente que los compromisos adoptados en el presente Acuerdo de Gestión y que se enuncian a continuación, serán de carácter obligatorio:

1. Oportunidad y Calidad de la Información.
 - 1.1. No aplica.

- 1.2. Captura puntual y correcta en el Sistema de Información Médico Financiero (SIMEF), de la información requerida en los módulos de Medicina Curativa.
- 1.3. No aplica.
- 1.4. Cumplir en tiempo y correctamente con el cierre contable de los hospitales desconcentrados.
- 1.5. Cumplir en tiempo y correctamente con las conciliaciones bancarias de los hospitales desconcentrados.
- 1.6. No aplica.
2. Eficiencia de los Servicios de medicina preventiva.
 - 2.1. No aplica.
 - 2.2. No aplica.
 - 2.3. No aplica.
 - 2.4. No aplica.
3. Eficiencia en los servicios de medicina curativa.
 - 3.1. Cumplir con un estándar de tres consultas en promedio por hora médico especialista y dos consultas por hora médico en psicología, psiquiatría, geriatría, gerontología, clínica de diabetes, rehabilitación y odontología especializada.
 - 3.2. No aplica.
 - 3.3. Cumplir con un estándar del 80% de ocupación mínima de las camas censables.
 - 3.4. Cumplir con el estándar del 50% de contrarreferencia de pacientes del total de pacientes atendidos por referencia en las unidades médicas del tercer nivel de atención.
 - 3.5. Cumplir con un estándar de 2.5 intervenciones quirúrgicas mayores (incluyendo las de corta estancia) por sala de operaciones, por día.
 - 3.6. Cumplir con un estándar mensual mínimo de 3.0 en el índice de rotación de camas censables en medicina interna en el CMN "20 de Noviembre".
 - 3.7. Cumplir con un estándar mensual mínimo de 3.2 en el índice de rotación de camas censables en cirugía general en el CMN "20 de Noviembre".
 - 3.8. Cumplir con un estándar en la estancia media preoperatoria de 2.5 días en el CMN "20 de Noviembre".

- 3.9. No rebasar un estándar del 3% de los diagnósticos de egreso hospitalario con codificación de “no especificado”.
- 3.10. No aplica.
- 4. Calidad de los servicios.
 - 4.1. Lograr una tasa bruta de mortalidad hospitalaria acumulada, en los servicios de medicina interna, menor o igual al 4.2% en el CMN “20 de Noviembre”.
 - 4.2. Lograr una tasa bruta de mortalidad hospitalaria acumulada, en los servicios de cirugía general, menor o igual al 3.5% en el CMN “20 de Noviembre”.
 - 4.3. No aplica.
 - 4.4. Lograr que el CMN “20 de Noviembre” cuente con la certificación vigente del Consejo de Salubridad General.
 - 4.5. Lograr cero muertes maternas en embarazadas derechohabientes, imputables al CMN “20 de Noviembre”.
 - 4.6. No aplica.
 - 4.7. Cumplir con un mínimo del 90% de consulta externa especializada, programada de manera escalonada en el CMN “20 de Noviembre”.
 - 4.8. Cumplir con un mínimo del 80% de expedientes clínicos evaluados con calificación de 8 o más, en el CMN “20 de Noviembre”.
 - 4.9. Cumplir con el estándar de un máximo del 10% de cirugías suspendidas con relación al total de las programadas en el CMN “20 de Noviembre”.
- 5. Gestión Administrativa y Financiera.
 - 5.1. No aplica.
 - 5.2. Obtener un índice acumulado mensual de doce licencias médicas como máximo, por cada cien atenciones a trabajadores, otorgadas en el CMN “20 de Noviembre”.
 - 5.3. Solventar el 100% de las observaciones y recomendaciones del ejercicio 2008 y anteriores, pendientes de atención al 31 de diciembre de 2008.
 - 5.4. No aplica.
 - 5.5. 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 el CMN “20 de Noviembre”.

5.6. Ejercer en 2009, para gastos de operación (Capítulos 2000, 3000 y concepto 7500), un presupuesto igual o mayor al 95% del presupuesto programado autorizado durante el mismo año.

NOVENA.- 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.- 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, donde se 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 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, nacionales e internacionales.

5. Las fórmulas de cálculo para obtener la calificación del indicador, serán las que relacionen 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 PRIMERA.- Cumplimiento.

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

DÉCIMA SEGUNDA.- Calendario para el cumplimiento de obligaciones.

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

Actividad por realizar	Plazo de cumplimiento
Entrega de información de las Unidades Desconcentradas a los 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 TERCERA.- Procedimiento de Evaluación.

El avance en el cumplimiento de los compromisos pactados por el “Prestador” en su Acuerdo de Gestión, será evaluado por el “Financiador”, en base a las fichas técnicas y las evaluaciones determinadas por los “Calificadores”.

1. Los “Calificadores” 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 2 de este documento (Fichas Técnicas) relacionando lo acordado con lo alcanzado.
2. Los “Calificadores” evaluarán 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 de diez.
5. La calificación acumulada será el promedio resultante de los meses transcurridos.

DÉCIMA CUARTA.- Acciones Extraordinarias.

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

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

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

Como incentivo por firmar el Acuerdo de Gestión, el “Prestador” tendrá derecho a que los Proyectos de Gestión que solicitó le sean autorizados, de acuerdo al techo presupuestal de gasto de inversión total que se asigne para el 2009, el cual se distribuirá a las Unidades Desconcentradas conforme a la siguiente escala, con base en la calificación obtenida por cada una en el Acuerdo de Gestión, durante el período de enero a octubre de 2008 y aplicando el porcentaje correspondiente sobre el presupuesto de operación original 2009.

Calificación		Porcentaje
De:	A:	
0.00	5.99	0.0
6.00	6.49	6.9
6.50	6.99	10.4
7.00	7.49	13.9
7.50	7.99	17.4
8.00	8.49	20.8
8.50	8.99	24.3
9.00	9.49	27.8
9.50	10.00	31.3

El techo presupuestal para Proyectos de Gestión 2009 se autoriza durante el mes de enero, como ampliación al presupuesto de inversión, mediante oficio del Director de Finanzas, una vez que los proyectos han sido preautorizados por el “Grupo Técnico de Evaluación y Seguimiento de Proyectos de Gestión” y autorizados por la H. Junta Directiva del Instituto.

DÉCIMA SEXTA.- Incentivos de aumento al gasto de operación y adjudicación de los mismos.

Por cumplir con los compromisos establecidos en este Acuerdo de Gestión, el “Prestador” obtendrá como incentivo adicional una cantidad equivalente de hasta el 12% de su presupuesto de operación original. Será condición para el otorgamiento de este incentivo que la calificación del “Prestador” sea aprobatoria, definiéndose para este fin una calificación mayor o igual a seis.

La cantidad equivalente hasta del 12% del presupuesto original de gasto de operación del “Prestador”, a otorgarse como incentivo por el cumplimiento de los

compromisos establecidos en este Acuerdo de Gestión, será entregada mediante la adecuación presupuestal correspondiente, en tres tiempos:

1. Con base en la calificación acumulada, tomando en cuenta el mes de diciembre del año 2008 y los dos primeros meses del año 2009, se otorgará hasta un 4% del incentivo, siempre y cuando se hayan cumplido al 100% los compromisos acordados, o la parte proporcional correspondiente, según los resultados obtenidos, hasta una calificación mínima de 6.0.
2. Con base en la calificación más alta obtenida entre la acumulada al final del mes de mayo o la que corresponde al promedio del trimestre marzo, abril y mayo, se otorgará hasta un 4% del incentivo, 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, sólo se hará acreedor a la parte proporcional del incentivo si el promedio del trimestre marzo, abril y mayo, supera en un 15% la calificación lograda en el trimestre diciembre, enero y febrero.
3. Por último, con base en la calificación más alta obtenida entre la acumulada a agosto o la que corresponde al trimestre junio, julio y agosto se procederá a otorgar el 4% restante del incentivo, 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, sólo se hará acreedor a la parte proporcional del incentivo si el promedio del trimestre junio, julio y agosto, supera en un 15% la calificación lograda en el trimestre marzo, abril y mayo.

La Dirección de Finanzas dará las facilidades que se requieran en la adecuada calendarización, para el ejercicio de los recursos obtenidos como incentivos.

Los incentivos se otorgarán como una ampliación al techo presupuestal regularizable que el "Prestador" haya tenido aprobado. El primer incentivo será entregado en el bimestre marzo-abril, el segundo en el bimestre junio-julio y el tercero en el bimestre septiembre-octubre.

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

DÉCIMA SÉPTIMA.- Acuerdos de Gestión suscritos al interior del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” .

Con el fin de compartir el compromiso adquirido de mejorar la eficiencia, calidad y calidez en la prestación de servicios adquiridos por el “Prestador” con todos los profesionales de la salud, se seleccionará un subconjunto de compromisos de gestión que el profesional de la salud deberá cumplir. Para esto, el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” podrá suscribir “Acuerdos Internos” en dos niveles:

1. Acuerdos de Gestión suscritos entre el Director del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” y los jefes de servicios médicos que de ella dependen.
2. Acuerdos de Gestión suscritos entre los jefes de servicios médicos del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” y los profesionales de la salud de cada servicio médico.

DÉCIMA OCTAVA.- Apoyos Extraordinarios.

La Dirección de Finanzas en su carácter de “Financiador” podrá otorgar “apoyos extraordinarios” a los profesionales de la salud, por el éxito obtenido en el cumplimiento de los compromisos suscritos en los Acuerdos de Gestión internos y al grado de satisfacción que la derechohabiente muestre respecto a los profesionales de la salud de los cuales reciben atención.

El “Prestador” podrá obtener “apoyos financieros extraordinarios” para emprender el proceso de certificación ante el Consejo de Salubridad General, mediante la firma de un “Convenio para la Certificación”, que suscribirá como adenda al presente Acuerdo. Para ello, deberá solicitarlo por escrito al “Financiador” señalando los apoyos considerados, los compromisos adicionales propuestos para suscribir el convenio, el lapso para alcanzar la certificación y los procesos de entrega del financiamiento.

Así mismo, la Dirección de Finanzas podrá otorgar un “apoyo extraordinario” al “Prestador”, consistente en la gestión de especialistas para apoyar el monitoreo de compromisos de gestión, la administración de Proyectos de Gestión y el procesamiento de estadísticas. También, el “Financiador” podrá contratar un servicio de consultoría para la capacitación en gestión en salud y el apoyo técnico para la reorganización de las unidades hospitalarias.

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

DÉCIMA NOVENA.- Independencia.

El cumplimiento del presente Acuerdo de Gestión no exime al “Prestador” de la obligación de cumplir con las condiciones, 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 operación eficiente de los servicios.

VIGÉSIMA.- No sustitución.

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 ejercidas por el resto de dependencias e instancias, internas y externas con facultades técnicas y jerárquicamente competentes.

VIGÉSIMA PRIMERA.- 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.

“El Prestador” que argumente la imposibilidad, deberá realizarlo mediante oficio dirigido al evaluador correspondiente; firmado por el Director o Subdirector Médico del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” con copia a la Subdirección de Gestión y Evaluación en Salud y a la Subdirección de Aseguramiento de la Salud, en el que deberá mencionar la causa de la imposibilidad, tiempo aproximado de duración de la misma y el o los compromisos que podrán ser afectados; adjuntando la documentación soporte que justifique tal imposibilidad. La falta de uno de los requisitos mencionados, dará lugar a calificar de improcedente el argumento de imposibilidad.

Cualquier otra causa diferente, deberá ser manifestada con oportunidad por la Unidad Desconcentrada y avalada como procedente por la Subdirección de Infraestructura, por la Subdirección de Conservación y Mantenimiento o por la Subdirección de Obras y Contratación, según corresponda.

Las obras de remodelación no serán consideradas por el “Financiador” como una imposibilidad y no deberán implicar el no otorgamiento del servicio a los derechohabientes. El “Prestador” estará obligado a habilitar otra área o sustituir el

servicio de manera provisional y no podrá eximirse de sus responsabilidades acordadas en el presente Acuerdo. Sólo en caso de que las obras por remodelación ocasionen la disminución o suspensión irremplazable del servicio, la imposibilidad deberá ser certificada previamente por alguna de las Subdirecciones mencionadas y se deberá notificar por escrito a los evaluadores correspondientes con copia al “Financiador”, siguiendo los pautas señaladas en el párrafo segundo de esta cláusula.

VIGÉSIMA SEGUNDA.- Validación.

El “Financiador” podrá realizar en cualquier momento, la verificación que considere oportuna sobre la información a que se refiere el presente Acuerdo de Gestión, solicitando al “Prestador” toda aquella información adicional que se estime necesaria para aclarar, completar o confrontar lo pertinente, en lo que resulte omisa o confusa.

En todos los casos en que lo estime necesario, el “Financiador” podrá disponer de la práctica de auditorías que verifiquen la información recibida, tanto de las unidades médicas que la generan, como de las áreas responsables de recopilarla y calificarla, pudiendo auxiliarse con las áreas afines del propio Instituto o la contratación de servicios externos.

A juicio del “Financiador”, el costo de estas auditorías será deducido del presupuesto que para incentivos se halla determinado.

VIGÉSIMA TERCERA.- Inconformidad.

Existirá un término de siete días naturales, contados a partir del día de la publicación del tablero de Acuerdos de Gestión preliminar y conforme al calendario de actividades señalado en la cláusula décimo segunda de este Acuerdo para presentar cualquier solicitud de revisión o rectificación.

El escrito de inconformidad deberá realizarse mediante oficio dirigido al evaluador correspondiente, firmado por el Titular de la Unidad Desconcentrada, con copia a la Subdirección de Aseguramiento de la Salud, el que contendrá:

1. Especificación de la solicitud, es decir si se trata de revisión o rectificación de una o varias calificaciones.
2. El motivo de la inconformidad.
3. La documentación soporte que respalde el motivo de su inconformidad.

Si se determina que el escrito del inconforme fue presentado fuera del término estipulado, o que no contiene cualquiera de los requisitos señalados en esta cláusula, se declarará improcedente la solicitud y se tendrán por definitivas y aceptadas las calificaciones presentadas como preliminares en el tablero de control.

La inconformidad deberá ser enviada a los correos electrónicos de los evaluadores que exclusivamente se ponen a disposición del “Prestador” y cuyas direcciones se encuentran contenidas en las fichas técnicas del anexo 2. El evaluador deberá emitir un acuse de recibo al “Prestador” que garantizará la recepción de la inconformidad. Sin el acuse, el “Prestador” no podrá justificar el planteamiento de la inconformidad hacia el “Financiador”.

Recibida la inconformidad en los términos y condiciones expresados en esta cláusula, el evaluador procederá a su análisis y resolución correspondiente dentro de los dos días siguientes a su presentación, lo que hará del conocimiento de la Subdirección de Aseguramiento de la Salud con copia al inconforme.

VIGÉSIMA CUARTA.- Precedente.

La concesión de incentivos en este Acuerdo de Gestión no sentará ningún precedente para el año 2010 o subsiguientes, 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 incentivos 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 de “El 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.- Fichas Técnicas.

VIGÉSIMA SÉPTIMA.- Adenda.

El otorgamiento de incentivos 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 “Adendas” a este acuerdo.

VIGÉSIMA OCTAVA.- Difusión.

El “Prestador” tendrá la obligación de difundir el presente Acuerdo de Gestión dentro de cada unidad médica que tenga adscrita y deberá notificar al “Financiador” por escrito en los primeros tres meses posteriores a la firma del Acuerdo. Así mismo, el “Prestador” de manera mensual difundirá entre sus unidades subordinadas logros, resultados de las calificaciones obtenidas, dificultades encontradas en el cumplimiento de los compromisos de gestión e incentivos obtenidos según fuera el caso.

El “Prestador” deberá conformar un “Grupo de Trabajo de Monitoreo de los Compromisos de Gestión”, el cual dará seguimiento a cada uno de los compromisos de gestión suscritos con el “Financiador”. A través de este grupo se dará difusión de manera mensual de lo encomendado en el párrafo anterior y se fomentará el involucramiento de los prestadores de los servicios en el cumplimiento de los compromisos de gestión.

VIGÉSIMA NOVENA.- 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.- 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 PRIMERA.- Vigencia.

El presente Acuerdo de Gestión entrará en vigor el 1° de febrero del 2009, y su vigencia concluirá el 31 de diciembre del mismo año. Durante el mes de enero del 2009, continuarán vigentes los compromisos de gestión de 2008.

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 treinta del mes de enero del año dos mil nueve.

“El Prestador”

“El Financiado”

Dr. Rafael Navarro Meneses
Director del Centro Médico
Nacional “20 de Noviembre”

Dr. Antonio Guzmán Nacoud
Subdirector de Aseguramiento
de la Salud

Área Normativa de Salud

Mtra. Celina Alvear Sevilla
Subdirectora de Gestión y
Evaluación en Salud

ANEXO 1

No.	Compromiso	Ponderador
1	Oportunidad y Calidad de la Información.	
1.2	Captura puntual y correcta en el Sistema de Información Médico Financiero (SIMEF), de la información requerida en los módulos de Medicina Curativa.	4.00
1.4	Cumplir en tiempo y correctamente con el cierre contable de los hospitales desconcentrados.	1.00
1.5	Cumplir en tiempo y correctamente con las conciliaciones bancarias de los hospitales desconcentrados.	1.00
3	Eficiencia en los servicios de medicina curativa.	
3.1	Cumplir con un estándar de tres consultas en promedio por hora médico especialista y dos consultas por hora médico en psicología, psiquiatría, geriatría, gerontología, clínica de diabetes, rehabilitación y odontología especializada.	2.00
3.3	Cumplir con un estándar del 80% de ocupación mínima de las camas censables.	1.50
3.4	Cumplir con el estándar del 50% de contrarreferencia de pacientes del total de pacientes atendidos por referencia en las unidades médicas del tercer nivel de atención.	2.00
3.5	Cumplir con un estándar de 2.5 intervenciones quirúrgicas mayores (incluyendo las de corta estancia) por sala de operaciones, por día.	2.00
3.6	Cumplir con un estándar mensual mínimo de 3.0 en el índice de rotación de camas censables en medicina interna en el CMN "20 de Noviembre".	2.00
3.7	Cumplir con un estándar mensual mínimo de 3.2 en el índice de rotación de camas censables en cirugía general en el CMN "20 de Noviembre".	2.00
3.8	Cumplir con un estándar en la estancia media preoperatoria de 2.5 días en el CMN "20 de Noviembre".	2.00
3.9	No rebasar un estándar del 3% de los diagnósticos de egreso hospitalario con codificación de no especificado.	2.50

No.	Compromiso	Ponderador
4	Calidad de los servicios.	
4.1	Lograr una tasa bruta de mortalidad hospitalaria acumulada, en los servicios de medicina interna, menor o igual al 4.2% en el CMN "20 de Noviembre".	2.00
4.2	Lograr una tasa bruta de mortalidad hospitalaria acumulada, en los servicios de cirugía general, menor o igual al 3.5% en el CMN "20 de Noviembre".	2.00
4.4	Lograr que el CMN "20 de Noviembre" cuente con la certificación vigente del Consejo de Salubridad General.	3.00
4.5	Lograr cero muertes maternas en embarazadas derechohabientes, imputables al CMN "20 de Noviembre".	2.00
4.7	Cumplir con un mínimo del 90% de consulta externa especializada programada de manera escalonada en el CMN "20 de Noviembre".	3.00
4.8	Cumplir con un mínimo del 80% de expedientes clínicos evaluados con calificación de 8 o más, en el CMN "20 de Noviembre".	2.00
4.9	Cumplir con el estándar de un máximo del 10% de cirugías suspendidas con relación al total de las programadas en el CMN "20 de Noviembre".	2.00
5	Gestión Administrativa y Financiera.	
5.2	Obtener un índice acumulado mensual de doce licencias como máximo, por cada cien atenciones a trabajadores, otorgadas en el CMN "20 de Noviembre".	0.50
5.3	Solventar el 100% de las observaciones y recomendaciones del ejercicio 2008 y anteriores, pendientes de atención al 31 de diciembre de 2008.	0.50
5.5	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 el CMN "20 de Noviembre".	0.50
5.6	Ejercer en 2009, para gastos de operación (Capítulos 2000, 3000 y concepto 7500), un presupuesto igual o mayor al 95% del presupuesto programado autorizado durante el mismo año.	0.50

ANEXO 2

Ficha Técnica del Compromiso 1.2

Captura puntual y correcta en el Sistema de Información Médico Financiero (SIMEF) de la información requerida en los módulos 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, 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.

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 5 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 preventiva y curativa.

Para que la calificación de este indicador sea válida, los hospitales desconcentrados no deberán adeudar información de meses anteriores sobre estadísticas de medicina preventiva y curativa.

La falta de captura de un mes determinado se calificará con cero, así como los meses siguientes, otorgándose calificación a partir del mes en que se efectúe toda la captura pendiente.

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

5. Cálculo del indicador:

Se asignará calificación de uno 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 5 o si los datos son incompletos o incorrectos, la calificación será de cero.

6. Áreas responsables de evaluar el compromiso:

Jefatura de Servicios de Estadística Institucional de la Subdirección de Planeación Financiera y Evaluación Institucional, de la Dirección de Finanzas y la Subdirección de Gestión y Evaluación en Salud de la Dirección Médica.
Correo electrónico: estadisticains@issste.gob.mx

ANEXO 2

Ficha Técnica del Compromiso 1.4

Cumplir en tiempo y correctamente con el cierre contable 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.

2. Fuente:

Registro contable a través del Sistema Contable Institucional (SICONI).

3. Periodicidad:

Mensual, este indicador se considerará cumplido si el cierre contable se efectúa dentro de los primeros diez días naturales del mes siguiente al que se informa, según el calendario de cierre.

4. Indicador:

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

5. Cálculo del indicador:

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

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

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

6. Responsable de evaluar el compromiso:

Jefatura de Servicios de Operación Financiera y Delegacional de la Subdirección de Contaduría, de la Dirección de Finanzas, con direcciones: ismvillanueva@issste.gob.mx o jmmelendes@issste.gob.mx

7. Observaciones:

La evaluación de este compromiso de gestión no se sujetará a los plazos establecidos en la cláusula decima 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.

Los 6 módulos por contabilizar en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” son los siguientes:

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. Almacenes (incluye cuentas de enlace de remesas de almacén).
- IV. Egresos (comprende el Modulo de Egresos, Activo Fijo, el pasivo generado en la Cuenta por Pagar Global de delegaciones 290-0101, Proveedores 270-0101 y Pasivos de fin de año 260-0101).
- 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 2

Ficha Técnica del Compromiso 1.5

Cumplir en tiempo y correctamente con las conciliaciones bancarias de los 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 Posición Financiera.

2. Fuente:

Registro Contable a través del Sistema Contable Institucional (SICONI) 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 el hospital desconcentrado, con un mes de desfase.

5. Cálculo del indicador

El cálculo del indicador se determinará con base al porcentaje de cumplimiento entre el número de conciliaciones entregadas a la Subdirección de Contaduría y el número de conciliaciones bancarias programadas.

$$\text{Porcentaje de cumplimiento} = \frac{\text{Conciliaciones entregadas}}{\text{Conciliaciones programadas}} \times 100$$

Un porcentaje de logro inferior al 80% de la meta tendrá calificación de cero y un porcentaje igual o mayor al 80% se calificará con el equivalente entre 0.8 de logro y 1.0 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:

Jefatura de Servicios de Operación Financiera y Delegacional de la Subdirección de Contaduría, de la Dirección de Finanzas, con direcciones: ismvillanueva@issste.gob.mx o jmmelendes@issste.gob.mx.

7. Observaciones

La evaluación de este compromiso de gestión no se sujetará a los plazos establecidos en la cláusula decima 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 2

Ficha Técnica del Compromiso 3.1

Cumplir con un estándar de tres consultas en promedio 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:

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 la razón promedio de consultas otorgadas por hora-médico y tipo de atención en la consulta externa de especialidad, en relación al número de horas laboradas en la consulta por los médicos especialistas, según corresponda.

El parámetro es 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:

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

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

- **Medicina de especialidades.**

- 100% de cumplimiento: Mayor o igual a 3.00
- 90% de cumplimiento: Mayor o igual a 2.50 y menor a 3.00
- 80% de cumplimiento: Mayor o igual a 2.00 y menor a 2.50
- 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 cada uno de los tipos de consulta, se ponderarán los resultados para determinar una calificación total por unidad de salud:

Unidad	Medicina familiar	Medicina de especialidades y odontología general	Psiquiatría, psicología, geriatría, gerontología, Cl. diabetes, rehabilitación y odontología especializada
CMN		0.90	0.10

6. Área responsable de evaluar el compromiso:

Jefatura de Servicios de Estadística Institucional de la Subdirección de Planeación Financiera y Evaluación Institucional, de la Dirección de Finanzas.
Correo electrónico: estadisticains@issste.gob.mx

7. Observaciones:

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

El cumplimiento de este compromiso está subordinado al cumplimiento del compromiso 1.2.

ANEXO 2

Ficha Técnica del Compromiso 3.3

Cumplir con un estándar del 80% de ocupación mínima de las camas censables.

1. Objetivo a cumplir:

Impulsar la eficiencia en la utilización del recurso día-cama mediante el cumplimiento del estándar del 80% de ocupación mínima de las camas censables de la unidad hospitalaria.

2. Fuente:

Información de los días-paciente y días-cama registrados en la unidad hospitalaria, capturados en el Sistema de Información Médico Financiero (SIMEF).

3. Periodicidad:

Mensual.

4. Indicador:

Expresa el porcentaje de camas censables que en promedio estuvieron ocupadas en un periodo dado, el estándar a cumplir es de 80% o más en el periodo evaluado.

Los días-paciente se obtienen del censo diario hospitalario y los días-cama se calculan multiplicando el número de camas censables, oficialmente asignadas, por el número de días del mes.

5. Cálculo del indicador:

Se construye dividiendo el número total de días-paciente registrados en un periodo determinado entre el número total de días-cama en el mismo periodo, multiplicado por cien.

$$\text{Porcentaje de ocupación} = \frac{\text{Número de días-paciente en el mes evaluado}}{\text{Número total de días-cama en el mes evaluado}} \times 100$$

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

Porcentaje de ocupación	Calificación
Ocupación mayor o igual al 80%	1.0
Ocupación mayor o igual al 70 y menor al 80%	0.6
Ocupación menor al 70%	0.0

6. Área responsable de evaluar el compromiso:

Jefatura de Servicios de Estadística Institucional de la Subdirección de Planeación Financiera y Evaluación Institucional, de la Dirección de Finanzas.
Correo electrónico: estadisticains@issste.gob.mx

7. Observaciones:

Es importante señalar que en el reporte de días-paciente derivados de interconsultas a hospitalizados, el número diario que se considerará para efectos de cálculo de este índice será como máximo el 5% del censo de pacientes internados en el servicio que corresponda y los médicos especialistas interconsultantes deberán estar adscritos a un servicio de hospitalización diferente.

Para el correcto cumplimiento de este compromiso es necesario que se efectúe el censo diario de pacientes internados en las camas censables, a las cero horas de cada día.

Asimismo, el CMN "20 de Noviembre", cada trimestre deberá actualizar los datos del "Informe de la Capacidad Física Instalada de Unidades Médicas" a la Jefatura de Servicios de Estadística Institucional.

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

ANEXO 2

Ficha Técnica del Compromiso 3.4

Cumplir con el estándar del 50% de contrarreferencia de pacientes del total de pacientes atendidos por referencia en las unidades médicas del tercer nivel de atención.

1. Objetivo a cumplir

Eficientar los servicios al evitar la saturación, impulsando la contrarreferencia de pacientes a sus unidades médicas de origen, con la finalidad de disminuir el costo de la atención médica y los gastos de traslado.

2. Fuente:

El Informe de Referencia y Contrarreferencia de pacientes (SIRECO).

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 informa.

4. Indicador

Porcentaje de contrarreferencia de pacientes.

5. Calculo del Indicador

El Porcentaje de contrarreferencia se calculará dividiendo el número de pacientes contrarreferidos sobre el total de pacientes referidos.

$$\text{Porcentaje de contrarreferencia} = \frac{\text{No. de pacientes contrarreferidos en el periodo}}{\text{Total de pacientes atendidos por referencia en el periodo}} \times 100$$

Porcentaje de contrarreferencia	Calificación
50% o más	1.0
40% al 49.9%	0.6
menos del 40%	0.0

6. Área responsable de evaluar el compromiso

Jefatura de Servicios de Regulación y Supervisión de la Atención Médica de la Dirección Médica. Correos electrónicos, tgomez@issste.gob.mx y yolandag@issste.gob.mx.

7. Observaciones.

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

Para efectos del indicador el total de pacientes atendidos por referencia, se refiere a los pacientes que recibe la unidad médica y que son atendidos de primera vez.

Se considerará Contrarreferencia al regreso de pacientes a su unidad de origen, cuando se cumplan los criterios establecidos en el Manual de Procedimientos de Referencia y Contrarreferencia emitido por la Dirección Médica.

El Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” deberá elaborar el informe del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, consolidarlo 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 señaladas en el punto 6 de esta ficha.

ANEXO 2

Ficha Técnica del Compromiso 3.5

Cumplir con un estándar de 2.5 intervenciones quirúrgicas mayores (incluyendo las de corta estancia) por sala de operaciones, por día.

1. Objetivo a cumplir:

Mejorar la eficiencia en la utilización de la infraestructura instalada para la realización de las intervenciones quirúrgicas en las unidades hospitalarias del Instituto.

2. Fuente:

El Sistema de Información Médico Financiero (SIMEF), de donde se obtiene el número de intervenciones quirúrgicas realizadas por unidad de salud.

Reporte trimestral de la capacidad física instalada donde se indica el número de salas de operaciones existentes y en funcionamiento.

3. Periodicidad:

Mensual.

4. Indicador:

Índice de intervenciones quirúrgicas mayores, incluyendo las de corta estancia, por sala de operaciones existente, por día, en hospitales desconcentrados.

5. Cálculo del indicador:

$$\text{Índice de cirugías por sala} = \frac{\text{Cirugías realizadas en el periodo}}{\text{Número de salas de operaciones existentes X número de días hábiles del periodo}}$$

A continuación se presenta un cuadro con la productividad esperada según el número de salas de operaciones existentes en las unidades de salud. Independientemente del número de salas de la unidad a evaluar, la primera sala siempre se calificará con base en una productividad de 1 intervención quirúrgica por día, las restantes salas se apegarán al estándar de 4 intervenciones por sala, por día, quedando el cuadro como sigue:

Número de salas	Número mínimo de cirugías diarias
1	1
2	5
3	9
4	13
5	17
6	21
7	25
8	29
9	33
10	37

Quando existan salas de operaciones adicionales, se incrementarán cuatro cirugías más por cada una.

Para determinar la calificación que corresponda a cada unidad de salud se comparará el índice de cirugías por sala, resultante de aplicar la fórmula antes mencionada, con el valor existente en la columna "Número mínimo de cirugías diarias" de la tabla anterior, en el renglón correspondiente al número de salas de operaciones que tiene instaladas la unidad de salud. Si el índice calculado es igual o mayor que el valor de la tabla entonces la calificación será de uno para esa unidad de salud, en caso contrario será de cero.

6. Área responsable de evaluar el compromiso:

Jefatura de Servicios de Estadística Institucional de la Subdirección de Planeación Financiera y Evaluación Institucional, de la Dirección de Finanzas.
Correo electrónico: estadisticains@issste.gob.mx

7. Observaciones:

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).

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

ANEXO 2

Ficha Técnica del Compromiso 3.6

Cumplir con un estándar mensual mínimo de 3.0 en el índice de rotación de camas censables en medicina interna, en el CMN "20 de Noviembre".

1. Objetivo a cumplir:

Impulsar la eficiencia en la utilización del recurso día-cama en el servicio de medicina interna, mediante el cumplimiento de un estándar del índice de rotación mínimo de las camas censables del servicio.

2. Fuente:

Sistema de Información Médico Financiero (SIMEF).

3. Periodicidad:

Mensual.

4. Indicador:

Expresa el movimiento en cuanto a la ocupación por número de pacientes en promedio, que utilizan las camas censables de medicina interna, en un periodo determinado.

5. Cálculo del indicador:

Se construye dividiendo el número total de egresos registrados en un periodo determinado entre el número total de camas censables de medicina interna.

$$\text{Índice de rotación en medicina interna} = \frac{\text{Total de egresos del servicio de medicina interna en el mes evaluado}}{\text{Número total de camas censables del servicio}}$$

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

Índice de rotación en el CMN	Calificación
Mayor o igual a 3.00	1.0
Mayor o igual a 2.30 y menor a 3.00	0.6
Menor a 2.30	0.0

6. Área responsable de evaluar el compromiso:

Jefatura de Servicios de Estadística Institucional de la Subdirección de Planeación Financiera y Evaluación Institucional de la Dirección de Finanzas.

Correo electrónico: estadisticains@issste.gob.mx

ANEXO 2

Ficha Técnica del Compromiso 3.7

Cumplir con un estándar mensual mínimo de 3.2 en el índice de rotación de camas censables en cirugía general en el CMN "20 de Noviembre".

1. Objetivo a cumplir:

Impulsar la eficiencia en la utilización del recurso día-cama en el servicio de cirugía general, mediante el cumplimiento del estándar del índice de rotación mínimo de las camas censables del servicio.

2. Fuente:

Sistema de Información Médico Financiero (SIMEF).

3. Periodicidad:

Mensual.

4. Indicador:

Expresa el movimiento en cuanto a la ocupación por número de pacientes en promedio, que utilizan las camas censables de cirugía general, en un periodo determinado.

5. Cálculo del indicador:

Se construye dividiendo el número total de egresos registrados en un periodo determinado, entre el número total de camas censables de cirugía general.

$$\text{Índice de rotación en cirugía general} = \frac{\text{Total de egresos del servicio de cirugía general en el mes evaluado}}{\text{Número total de camas censables del servicio}}$$

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

Índice de rotación en el CMN	Calificación
Igual o mayor a 3.20	1.0
Igual o mayor a 2.40 y menor a 3.20	0.6
Menor a 2.40	0.0

6. Área responsable de evaluar el compromiso:

Jefatura de Servicios de Estadística Institucional de la Subdirección de Planeación Financiera y Evaluación Institucional de la Dirección de Finanzas.
Correo electrónico: estadisticains@issste.gob.mx

7. Observaciones:

El cumplimiento de este compromiso está subordinado al cumplimiento del compromiso 1.2.

ANEXO 2

Ficha Técnica del Compromiso 3.8

Cumplir con un estándar en la estancia media preoperatoria de 2.5 días en el CMN “20 de Noviembre”.

1. Objetivo a cumplir:

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

2. Fuente:

Información del número total de días-estancia preoperatoria y del número total de cirugías en el mes evaluado, capturados en el Sistema de Información Médico Financiero (SIMEF).

3. Periodicidad:

Mensual.

4. Indicador:

Expresa el promedio de días-estancia que esperan los pacientes internados en camas censables, para ser intervenidos quirúrgicamente durante un mes determinado.

5. Cálculo del indicador:

Se construye dividiendo el total de días-estancia preoperatoria registrados en el mes, entre el número total de intervenciones quirúrgicas del mismo mes, de acuerdo con la siguiente fórmula:

$$\begin{array}{l} \text{Promedio de días} \\ \text{estancia} \\ \text{preoperatoria} \end{array} = \frac{\text{Número total de días-estancia preoperatoria en el mes}}{\text{Número total de intervenciones quirúrgicas realizadas en el mes}}$$

La calificación del indicador se determinará de la manera siguiente:

Promedio de días-estancia preoperatoria en el CMN	Calificación
Menor o igual a 2.5	1.0
Mayor a 2.5 y menor o igual a 3.0	0.8
Mayor a 3.0	0.0

6. Área responsable de evaluar el compromiso:

Jefatura de Servicios de Estadística Institucional de la Subdirección de Planeación Financiera y Evaluación Institucional, de la Dirección de Finanzas.
Correo electrónico: estadisticains@issste.gob.mx

7. Observaciones:

El cumplimiento de este compromiso está subordinado al cumplimiento del compromiso 1.2.

ANEXO 2

Ficha Técnica del Compromiso 3.9

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 especificados.

2. Fuente:

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 la unidad hospitalaria:

$$\begin{array}{l} \text{\% egresos} \\ \text{codificados como} \\ \text{no especificados} \end{array} = \frac{\text{Número de hojas de egreso hospitalario codificadas} \\ \text{con diagnóstico de no especificado en el mes}}{\text{Total de hojas de egreso registradas en la unidad} \\ \text{hospitalaria en el periodo}} \times 100$$

6. Área responsable de evaluar el compromiso:

Jefatura de Servicios de Estadística Institucional de la Subdirección de Planeación Financiera y Evaluación Institucional, de la Dirección de Finanzas.
Correo electrónico: estadisticains@issste.gob.mx

7. Observaciones:

El cumplimiento de este compromiso está subordinado al cumplimiento del compromiso 1.2.

ANEXO 2

Ficha Técnica del Compromiso 4.1

Lograr una tasa bruta de mortalidad hospitalaria acumulada, en los servicios de medicina interna, menor o igual al 4.2% en el CMN “20 de Noviembre”.

1. Objetivo a cumplir:

Reducir las muertes ocurridas en los servicios de medicina interna de las unidades hospitalarias.

2. Fuente:

El Sistema de Información Médico Financiero (SIMEF).

3. Periodicidad:

Mensual.

4. Indicador:

Expresa el porcentaje de pacientes fallecidos en los servicios de medicina interna de las unidades hospitalarias, ocurridos de forma acumulada en el periodo evaluado.

5. Cálculo del indicador:

Se construye dividiendo el número total de pacientes fallecidos en el servicio de medicina interna de cada unidad hospitalaria, acumulados durante un periodo determinado, entre el número total de egresos registrados en el mismo periodo:

$$\text{Tasa bruta de mortalidad en medicina interna} = \frac{\text{No. de defunciones acumuladas durante el periodo en medicina interna}}{\text{No. de egresos de medicina interna acumulados en el mismo periodo}} \times 100$$

La calificación del indicador se determinará, según corresponda, a una de las siguientes dos opciones:

- A. En caso en que el CMN “20 de Noviembre” tenga una tasa de mortalidad hospitalaria acumulada a diciembre del 2008 igual o menor a 4.2, la calificación se determinará de acuerdo a la siguiente tabla:

CMN	Calificación
Tasa igual a la acumulada en 2008 ó con un incremento máximo del 25%	1.0
Tasa igual a la acumulada en 2008 ó con un incremento máximo de 29%	0.6
Tasa incrementada 30% sobre el acumulado 2008	0.0

- B. En caso en que el CMN “20 de Noviembre” tenga **una tasa de mortalidad hospitalaria acumulada a diciembre del 2008** mayor al 4.2, la calificación se determinará de acuerdo a la siguiente tabla:

CMN	Calificación
Menor o igual a 4.2	1.00
Mayor a 4.2 y menor o igual a 5.2	0.60
Mayor a 5.2	0.00

6. Área responsable de evaluar el compromiso:

Jefatura de Servicios de Estadística Institucional de la Subdirección de Planeación Financiera y Evaluación Institucional, de la Dirección de Finanzas.
Correo electrónico: estadisticains@issste.gob.mx

7. Observaciones:

El cumplimiento de este compromiso está subordinado al cumplimiento del compromiso 1.2.

ANEXO 2

Ficha Técnica del Compromiso 4.2

Lograr una tasa bruta de mortalidad hospitalaria acumulada, en los servicios de cirugía general, menor o igual al 3.5% en el CMN "20 de Noviembre".

1. Objetivo a cumplir:

Reducir las muertes ocurridas en los servicios de cirugía general de las unidades hospitalarias.

2. Fuente:

El Sistema de Información Médico Financiero (SIMEF).

3. Periodicidad:

Mensual.

4. Indicador:

Expresa el porcentaje de pacientes fallecidos en los servicios de cirugía general de las unidades hospitalarias, ocurridos de forma acumulada en el periodo evaluado.

5. Cálculo del indicador:

Se construye dividiendo el número total de defunciones ocurridas en el servicio de cirugía general de la unidad hospitalaria, acumuladas durante un periodo determinado, entre el número total de egresos registrados del servicio durante el mismo periodo.

$$\text{Tasa bruta de mortalidad en cirugía general} = \frac{\text{No. de defunciones acumuladas durante el periodo en cirugía general}}{\text{No. de egresos de cirugía general acumulados en el mismo periodo}} \times 100$$

La calificación del indicador se determinará con base en la siguiente escala:

CMN	Calificación
Menor o igual a 3.5	1.0
Mayor a 3.5 y menor o igual a 4.1	0.6
Mayor a 4.1	0.0

6. Área responsable de evaluar el compromiso:

Jefatura de Servicios de Estadística Institucional de la Subdirección de Planeación Financiera y Evaluación Institucional de la Dirección de Finanzas.
Correo electrónico: estadisticains@issste.gob.mx

7. Observaciones:

El cumplimiento de este compromiso está subordinado al cumplimiento del compromiso 1.2.

ANEXO 2

Ficha Técnica del Compromiso 4.4

Lograr que el CMN “20 de Noviembre” cuente 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:

Se calificará con “uno” este compromiso durante la vigencia de la certificación. Cuando se pierda la certificación, la calificación será de “cero” para el Centro Médico Nacional, por el resto del trimestre en el que esto suceda y hasta lograr la certificación.

6. Área responsable de evaluar el compromiso:

Jefatura de Servicios de Evaluación del Desempeño Médico de la Subdirección de Gestión y Evaluación en Salud de la Dirección Médica, con dirección de correo electrónico: javazquez@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.

Este compromiso iniciará su evaluación obligatoria en el segundo trimestre del año. Si el CMN "20 de Noviembre" logra la certificación ante el Consejo de Salubridad General, antes de la fecha de aplicación, se le otorgará la calificación en el trimestre que corresponda.

En el caso de que alguna unidad hospitalaria 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.

ANEXO 2

Ficha Técnica del Compromiso 4.5

Lograr cero muertes maternas en embarazadas derechohabientes, imputables al CMN “20 de Noviembre”.

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:

- a) Reporte del Comité de Mortalidad materna de las unidades hospitalarias.
- b) 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:

Se evaluará con base en la presentación de alguna muerte materna. No se calificará este compromiso en tanto no se registre una muerte, cuando se registre, la calificación será de cero para la delegación, el hospital regional o el Centro Médico Nacional, por el resto del trimestre en que se haya reportado. Aunque no existan muertes en el periodo se deberá informar al evaluador del compromiso.

6. Área responsable de evaluar el compromiso.

Jefatura de Servicios de Atención Médico Familiar de la Subdirección de Prevención y Protección a la Salud, de la Dirección Médica, con direcciones electrónicas ilrivapalacio@issste.gob.mx ó cavillasenor@issste.gob.mx.

7. Observaciones

Este compromiso sólo se evaluará cuando se presente una defunción materna imputable a alguna unidad hospitalaria del instituto, lo cual se

reflejará en sentido negativo. Por tanto si no se registra ningún caso de muerte materna, el compromiso no se evaluará; por el contrario, si se reporta una muerte materna, la calificación será cero en los meses por calificar del trimestre en que ocurra.

Cuando exista una muerte materna se deberá informar conforme a lo establecido en el numeral 7.12.1 de la Norma Oficial Mexicana NOM.017.SSA2.1994 para la Vigilancia Epidemiológica.

Si la unidad desconcentrada no reporta el compromiso independientemente del resultado, este se calificará con cero hasta que se reporten los periodos faltantes y el que corresponda al periodo por evaluar.

ANEXO 2

Ficha Técnica del compromiso 4.7

Cumplir con un mínimo de 90% de consulta externa especializada, programada de manera escalonada en el CMN “20 de Noviembre”

1. Objetivo a cumplir

Reducir los tiempos de espera prolongados en la consulta médica de especialidades, para mejorar la satisfacción de los derechohabientes y eficientar el uso de los recursos disponibles.

2. Fuente

- “Cédula de evaluación de escalonamiento de la consulta externa especializada”
- “Libretas de programación de consulta externa de los médicos de la unidad hospitalaria” y/o “Registro electrónico de programación de la consulta externa”.
- “Carnet de citas de los derechohabientes”.

3. Periodicidad

Trimestral, mediante visitas programadas a cada hospital, las cuales se llevarán a cabo en el primer mes del trimestre por evaluar, por el Equipo de Supervisión de la Subdirección de Regulación y de Atención Hospitalaria de la Dirección Médica.

4. Indicador

Expresa el número de especialidades que cumplen con la consulta externa de manera escalonada entre el total de especialidades que brindan consulta externa en la unidad durante el periodo evaluado.

5. Cálculo del Indicador

Se construye dividiendo el número de especialidades que cumplen con la consulta externa de forma escalonada entre el número total de especialidades que proporcionan consulta en el servicio de consulta externa de la unidad.

$$\text{Porcentaje de especialidades con consulta programada} = \frac{\text{Número de especialidades que otorgan consulta externa de manera escalonada}}{\text{Número de especialidades que otorgan consulta externa}} \times 100$$

La calificación se integrará de acuerdo a la siguiente escala:

Porcentaje de especialidades con consulta externa escalonada	Calificación
Igual o mayor a 90 %	1.0
Menor a 90% y hasta a 80 %	0.6
Menor a 80%	0.0

6. Área responsable de evaluar el compromiso

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

7. Observaciones

Se tomarán en cuenta los indicadores institucionales de acuerdo a la especialidad.

La consulta externa escalonada de especialidad se entiende por aquella que se asigna de manera programada, con fecha y horario específicos, que se anota en la libreta de programación de citas y en el carnet del derechohabiente, y que se otorga puntualmente.

Este compromiso iniciará su aplicación en el mes de febrero para el primer trimestre, abril para el segundo, julio para el tercero y octubre para el cuarto trimestre.

ANEXO 2

Ficha Técnica del compromiso 4.8

Cumplir con un mínimo del 80% de expedientes clínicos evaluados con calificación de 8 o más, en el CMN "20 de Noviembre".

1. Objetivo a cumplir

Lograr la integración correcta y completa de los expedientes clínicos, conforme a lo establecido en la NOM-168-SSA1-1998, para mejorar la eficiencia y eficacia de la atención médica, fundamentar la solución de quejas y demandas, y reducir las observaciones de los órganos fiscalizadores.

2. Fuente

- Expedientes clínicos seleccionados
- Cédula de Evaluación Estandarizada de los Comités del Expediente Clínico
- Cédula de Evaluación del Equipo de Supervisión

3. Periodicidad

Trimestral, mediante visitas programadas a cada hospital, las cuales se llevarán a cabo en el primer mes del trimestre por evaluar, por el Equipo de Supervisión de la Subdirección de Regulación y de Atención Hospitalaria de la Dirección Médica.

4. Indicador

Expresa el porcentaje de expedientes evaluados con calificación igual o mayor a 8 en relación a una muestra de 10 expedientes seleccionados durante la supervisión.

5. Cálculo de Indicador

Se seleccionará una muestra de 10 expedientes clínicos, tomados directamente por el evaluador del archivo y de servicios seleccionados de la unidad hospitalaria.

Cada expediente clínico se evaluará con base en los criterios y estándares definidos en la NOM-168-SSA1-1998 y contenidos en la "Cédula de Evaluación Estandarizada de los Comités del Expediente Clínico", conforme a la siguiente fórmula:

$$\text{Porcentaje de expedientes con calificación igual o mayor a 8} = \frac{\text{Número de expedientes con calificación igual o mayor a 8}}{\text{Total de expedientes seleccionados por el evaluador}} \times 100$$

La calificación se determinará de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje de expediente clínicos con calificación de 8 o más	Calificación
De 80% o más	1.0
De 70%	0.6
Menor de 70%	0.0

La calificación obtenida se aplicará al mes en que se realice la evaluación y en los meses restantes del trimestre que corresponda.

6. Área responsable de evaluar el compromiso

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

7. Observaciones

La "Cédula de Evaluación del Expediente Clínico" contempla los siguientes capítulos:

- Administrativa
- Historia clínica
- Nota médica
- Egreso
- Otras notas médicas

Este compromiso iniciará su aplicación en el mes de febrero para el primer trimestre, abril para el segundo, julio para el tercero y octubre para el cuarto trimestre.

ANEXO 2

Ficha Técnica del compromiso 4.9

Cumplir con el estándar de un máximo del 10% de cirugías suspendidas con relación al total de las programadas en el CMN “20 de Noviembre”.

1. Objetivo a cumplir:

Impulsar el uso eficiente de los quirófanos en el CMN “20 de Noviembre”, a fin de otorgar mayor oportunidad en la atención quirúrgica de los derechohabientes.

2. Fuente:

- Libretas de programación quirúrgica de los médicos de la unidad hospitalaria
- Hojas de programación quirúrgica de la unidad hospitalaria
- Bitácora de tiempos y movimientos de quirófanos de la unidad hospitalaria
- Cédula de Evaluación del Equipo de Supervisión

3. Periodicidad

Trimestral, mediante visitas programadas a cada hospital, las cuales se llevarán a cabo en el primer mes del trimestre por evaluar, por el Equipo de Supervisión de la Subdirección de Regulación y de Atención Hospitalaria de la Dirección Médica.

4. Indicador

Expresa el porcentaje de cirugías suspendidas con relación al número de cirugías programadas por unidad hospitalaria, en el trimestre evaluado.

5. Cálculo del indicador

En la Cedula de Evaluación del Equipo de Supervisión, se registrarán los datos obtenidos de las “Hojas de programación diaria de quirófanos” y se sumarán para obtener los totales de cirugías programadas, realizadas y suspendidas. Esta información se cruzará con los datos anotados en las “Libretas de programación quirúrgica de cada médico cirujano” y en la “Bitácora de tiempos y movimientos del quirófano”.

El indicador se calculará dividiendo el número total de cirugías suspendidas en la unidad hospitalaria durante el trimestre correspondiente, entre el número total de cirugías programadas en el mismo período, por 100.

$$\text{Porcentaje de cirugías suspendidas} = \frac{\text{Número de cirugías suspendidas}}{\text{Número de cirugías programadas}} \times 100$$

La calificación se determinará de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje de cirugías suspendidas	Calificación
10% ó menos	1.0
Mayor de 10% hasta 15%	0.6
Mayor de 15%	0.0

La calificación obtenida se aplicará al mes en que se realice la evaluación y en los meses restantes del trimestre que corresponda.

6. Área responsable de evaluar el compromiso

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

7. Observaciones

Se consideran como cirugías suspendidas aquellas que fueron programadas, pero que no se realizaron en la fecha y horario programados.

Las cirugías programadas son todos los procedimientos quirúrgicos para los que se solicitó fecha de uso del quirófano, quedando autorizados las salas, fechas y horarios, anotados en la "Hoja de programación quirúrgica", antes de su realización.

Las cirugías realizadas son los procedimientos ejecutados en las fechas y horarios programados, anotados en la "Hoja de programación quirúrgica".

Este compromiso iniciará su aplicación en el mes de febrero para el primer trimestre, abril para el segundo, julio para el tercero y octubre para el cuarto trimestre.

ANEXO 2

Ficha Técnica del Compromiso 5.2

Obtener un índice acumulado mensual de doce licencias como máximo, por cada cien atenciones a trabajadores, otorgadas en el CMN “20 de Noviembre”.

1. Objetivo a cumplir:

Lograr un estándar máximo mensual de 12 licencias médicas expedidas por cada 100 atenciones de consultas y egresos de trabajadores afiliados al Instituto, en el CMN “20 de Noviembre”.

2. Fuente:

- a) Registro Automatizado de Licencias Médicas (RALM).
- b) Sistema de Información Médico Financiero (SIMEF)

3. Periodicidad:

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

4. Indicador:

Número acumulado mensual de licencias médicas expedidas en el mes evaluado, por cada 100 consultas y egresos registrados en el SIMEF durante el mismo periodo, correspondientes a trabajadores atendidos en el CMN.

5. Cálculo del indicador:

Se divide el número acumulado de licencias expedidas al mes evaluado, entre el número de atenciones a trabajadores (consultas y egresos) en el mismo periodo, de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Porcentaje de cumplimiento} = \frac{\text{Licencias médicas acumuladas expedidas al mes evaluado}}{\text{No. de consultas otorgadas} + \text{No. de egresos de trabajadores registrados en el mismo periodo}} \times 100$$

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

Índice Mensual	Calificación
Menor o igual a 12.0%	1.0
Mayor a 12.0% y menor o igual a 15.0%	0.6
Mayor a 15.0%	0.0

Si en el periodo equivalente del 2008 la unidad hospitalaria registró un índice menor a 12 licencias médicas por cada 100 atenciones otorgadas a trabajadores, la calificación se determinará de acuerdo a la siguiente tabla, siempre y cuando el incremento no supere el estándar máximo mensual establecido con anterioridad:

Incremento en el índice registrado	Calificación
Menor o igual a 20.0%	1.0
Mayor a 20.0 y menor o igual a 30%	0.6
Mayor a 30.0%	0.0

6. Área responsable de evaluar el compromiso:

Jefatura de Servicios de Evaluación del Desempeño Médico de la Subdirección de Gestión y Evaluación en Salud de la Dirección Médica, con dirección de correo electrónico licenciasmedicas@issste.gob.mx.

7. Observaciones:

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

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

ANEXO 2

Ficha Técnica del Compromiso 5.3

Solventar las observaciones y recomendaciones del ejercicio 2008 y anteriores.

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, al 31 de diciembre de 2008.

5. Cálculo del indicador:

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

$$\begin{array}{l} \text{\% de observaciones} \\ \text{solventadas del 1}^{\text{er}} \\ \text{semestre de 2008} \\ \text{y anteriores.} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{Número de observaciones y recomendaciones} \\ \text{solventadas en el mes, correspondientes al primer} \\ \text{semestre de 2008 y anteriores} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{Observaciones y recomendaciones pendientes} \\ \text{al 31 de diciembre de 2008, del primer} \\ \text{semestre del ejercicio 2008 y anteriores} \end{array}} \times 100$$

$$\begin{array}{l} \text{\% de observaciones} \\ \text{solventadas del 2}^{\text{do}} \\ \text{semestre de 2008} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{Número de observaciones y recomendaciones} \\ \text{solventadas en el mes, correspondientes al} \\ \text{segundo semestre de 2008} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{Observaciones y recomendaciones pendientes} \\ \text{al 31 de diciembre de 2008, del segundo semestre} \\ \text{del ejercicio de 2008,} \end{array}} \times 100$$

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

$$\begin{array}{l} \text{Observaciones y} \\ \text{Recomendaciones} \\ \text{pendientes} \end{array} = \frac{(\text{Total de observaciones} / 12) \times (\text{Número de meses transcurridos})}{\text{Número de meses transcurridos}}$$

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 2008 y anteriores. **70 %**
- Para las solventadas del segundo semestre del ejercicio de 2008 **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.

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 2

Ficha Técnica del Compromiso 5.5

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 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 el Centro Médico Nacional.

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 o igual a 10.6 y menor a 11.8 días	0.6
Mayor o igual a 11.8 días	0.0

6. Área responsable de evaluar el compromiso:

Jefatura de Servicios de Evaluación del Desempeño Médico de la Subdirección de Gestión y Evaluación en Salud de la Dirección Médica, con dirección de correo electrónico: javazquez@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 cero el compromiso.

ANEXO 2

Ficha Técnica del Compromiso 5.6

Ejercer en 2009, para gastos de operación (Capítulos 2000, 3000 y Concepto 7500), un presupuesto igual o mayor al 95% del presupuesto programado autorizado durante el mismo año.

1. Objetivo a cumplir:

Contribuir al ejercicio eficiente del presupuesto de operación en delegaciones y hospitales desconcentrados del Instituto.

2. Fuente:

Registro programático del gasto en el Sistema de Programación y Ejercicio Presupuestal (SPEP).

3. Periodicidad:

Mensual, acorde a las fechas de corte definidas en el SPEP.

4. Indicador:

Expresa los avances del ejercicio por gastos de operación en 2009, en relación a los montos programados para ése mismo año.

5. Cálculo del indicador:

Se procederá dividiendo la sumatoria del presupuesto de operación precomprometido, comprometido, por comprobar y ejercido, entre el monto programado hasta el mes o periodo por evaluar, de acuerdo al siguiente planteamiento:

$$\% \text{ de cumplimiento} = \frac{\text{Montos (precompromiso + comprometido + por comprobar + ejercido) al mes}}{\text{Monto de presupuesto programado al mes}} \times 100$$

La calificación se integrará de acuerdo a la siguiente escala:

% Ejercicio al mes	Calificación
Igual a 95.0% y menor o igual a 100%	1.0
Igual a 90.0% y menor a 95%	0.8
Menor a 90.0%	0.0

6. Responsable de evaluar el compromiso:

Jefatura de Servicios de Presupuesto Desconcentrado de la Subdirección de Programación y Presupuesto, de la Dirección de Finanzas. Correo electrónico: ermendoza@issste.gob.mx y evillanueva@issste.gob.mx

7. Observaciones:

Este compromiso mide la gestión financiera-presupuestaria en el desempeño operativo a nivel de delegaciones y hospitales desconcentrados, como Unidades Responsables de Gasto.

Asimismo, alcanzar un equilibrio presupuestario-financiero, sobre la base de un ejercicio racional del presupuesto a nivel de partida y subpartida de gasto, según los montos autorizados para cada caso.