

00662
1
24



Universidad Nacional Autónoma de México

**FACULTAD DE CONTADURIA Y ADMINISTRACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
Coordinación de la Maestría en Administración de la
Atención Médica y Hospitales**

**MODELO DE TRANSFERENCIA DE PACIENTES AMBULATORIOS
EN LOS TRES NIVELES DE ATENCION MEDICA**

T E S I S

Para obtener el Grado de Maestría
en

Administración de la Atención Médica y Hospitales

p r e s e n t a

Lic. Ma. Alberta García Jiménez

Director de Tesis:
Dr. Manuel Fresno Villegas

México, D. F.

1987



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TABLA DE CONTENIDO

	PAGINA
INTRODUCCION.....	9
CAPITULO I	
MARCO TEORICO	12
- Antecedentes de la Organización por niveles de atención médica.....	13
- Adaptación de la atención médica a Teoría de Sistema	16
- Situación de atención médica por niveles en México	18
- Definición de atención médica por niveles	24
- Definición de referencia y contra-referencia.....	27
- Experiencias obtenidas en dos Instituciones sobre transferencia administrativa de la atención médica a nivel ambulatorio	27
CAPITULO II	
PROBLEMA DE ESTUDIO.....	47
PROBLEMA OBJETO DE ESTUDIO	50
HIPOTESIS	50
- Variable independiente	51
- Variable dependiente	51
Indicadores para la variable independiente	51
Indicadores para la variable dependiente	51

CAPITULO III

DESCRIPCION DEL MODELO DE TRANSFERENCIA EN LOS TRES NIVELES DE ATENCION	58
- Modelo Sistema de referencia y contra-referencia	58
- Lineamientos generales para la operación del modelo	62
- Objetivos	64
- Procedimiento	64
- Flujograma de referencia y contra-referen- cia.	66
- Esquema de referencia y contra-referencia ..	67
- Flujograma en la unidad efectora referencia	68
- Flujograma en la unidad receptora. referencia ordinaria	69
- Contra-referencia	71
- Flujograma en la unidad receptora referencia de vigencia.	70
- Simbología	72
- Objetivos y estrategias	73
- Políticas de operación	74
- Criterios de transferencia administrativa	75
- Esquema operativo de la unidad de Programación y Transferencia (U.P.T.).....	79

- Funciones de la unidad de Programación y Transferencia	80
- Organigrama funcional	81
- Responsabilidad operativa por área	82
- Proceso de control del modelo	85
- Formatos que apoyaran la retroalimentación en el funcionamiento del sistema. .	86
- Formato de supervisión de la programación en servicios médicos al paciente ambulatorio	87
- Guía de supervisión directa	88
- Encuesta para la evaluación de la programación de consulta médica al paciente ambulatorio en las unidades médicas	96
- Contenido del manual operativo	99

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y LIMITACIONES	103
BIBLIOGRAFIA	109

A N E X O S

- Manual operativo de la programación de servicios médicos al paciente ambulatorio	113
- Índice	114
- Formato de referencia de pacientes.	160

- Instructivo para el llenado. 161
- Instructivo de la hoja de contra-referencia. 163

I N T R O D U C C I O N

EL MODELO DE LA ATENCION MEDICA ES CAMBIANTE Y EN REALIDAD ESTAMOS HOY UBICADOS EN EL CENTRO DE ESTOS CAMBIOS, ADEMAS CONSCIENTES DE LA COMPLEJIDAD DE LA ATENCION MEDICA POR LA INTERACCION DE LO BIOLÓGICO, LO PSICOLÓGICO Y LO SOCIAL; CONSIDERANDO EL DESARROLLO DE LA CONCEPTUALIZACION DE "SISTEMA" SE HA PRETENDIDO COMO UNA ALTERNATIVA INTEGRARLO COMO UNA TOTALIDAD ORGANIZADA Y COMPLEJA, COMO UN CONJUNTO O COMBINACION DE ELEMENTOS QUE INTERACTUAN PARA LOGRAR UN OBJETIVO DE TAL FORMA QUE EL SISTEMA DE ATENCION MEDICA- INTEGRA EN FORMA COMPLEJA UN CONJUNTO DE ELEMENTOS VARIADOS; ENTRE ELLOS SE PUEDE IDENTIFICAR ASPECTOS POLITICOS, ECONOMICOS, TECNOLOGICOS, ADMINISTRATIVOS Y SOCIOCULTURALES Y ENTRE ESTOS ULTIMOS LOS VALORES DE LA POBLACION.

EL PLAN BASICO DE GOBIERNO 1976-1982 DESCRIBE QUE, EL DERECHO A LA SALUD NO DEBE SER UN PATRIMONIO EXCLUSIVO DE MINORIAS, SINO UN DERECHO SOCIAL DE TODOS LOS MEXICANOS, SE PROPONE UN SISTEMA GENERAL DE ASISTENCIA MEDICA QUE DIFERENCIEN LOS DISTINTOS NIVELES QUE DEBEN CONSIDERARSE, DESDE LA PREVENCION HASTA EL TRATAMIENTO ESPECIALIZADO DE LA ENFERMEDAD. EN EL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 1984-1988, LA PROPOSICION HECHA EN 1975 SE ESCLARECE, PUES TIENE COMO PROPOSITO BASICO "ELEVARE EL NIVEL DE SALUD DE LA POBLACION, PROCURANDO TENDER A LA PLENA COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD (PREFERENTEMENTE EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION) Y EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD BASICA DE ESTOS, ASI COMO A TRAVES DE LA PROTECCION-SOCIAL DE LOS GRUPOS VULNERABLES, TODO ELLO MEDIANTE LA CONSOLIDACION Y EL DESARROLLO DE UN SISTEMA NACIONAL DE SALUD RACIONAL Y EFICIENTE".

PARA EL LOGRO DE ESTO, SE DESCRIBEN CINCO ESTRATEGIAS INSTRUMENTALES Y SON: SECTORIZACION, MODERNIZACION ADMINISTRATIVA, DESCENTRALIZACION, COORDINACION INTERSECTORIAL Y PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD CON LA PRIORIZACION DE OBJETIVOS, SIENDO EL PRIMERO PROPORCIONAR ATENCION MEDICA A TODA LA POBLACION Y MEJORAR SU CALIDAD BASICA, MEDIANTE LA ESTRATIFICACION DE LAS FUNCIONES, LOS SERVICIOS Y LOS RECURSOS EN TRES NIVELES DE ATENCION; Y PARA QUE ESTOS SEAN FUNCIONALES SE DEBE DISPONER DE UNA RED DE UNIDADES AMPLIA, FLEXIBLE Y ADECUADAMENTE ENLAZADA POR UN SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA QUE PERMITA A LOS USUARIOS SU TRANSITO EN AMBOS SENTIDOS DE LA RED DEL SISTEMA, DEPENDIENDO DE SUS NECESIDADES ESPECIFICAS.

CON BASE EN EL ENLACE DE LOS TRES NIVELES POR EL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA, SE HA HECHO UN ESTUDIO PARA CONOCER LA CAUSA DE LAS INCONFORMIDADES DE LOS USUARIOS AL TRAMITAR UN SERVICIO MEDICO DE UN NIVEL A OTRO, CUYOS RESULTADOS SE DESCRIBEN EN LOS DIFERENTES CAPITULOS QUE COMPONE ESTA TESIS; HASTA LLEGAR A PROPONER UN MODELO QUE VIENE SIENDO UN SUBSISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA Y UNA ESTRATEGIA FUNDAMENTAL PARA APROVECHAR LOS RECURSOS DISPONIBLES, DE TAL FORMA QUE SE PUEDAN OBTENER DE ELLOS UN MAYOR BENEFICIO PARA OFRECER AL MAYOR NUMERO DE USUARIOS-LOS SERVICIOS QUE DEMANDAN.

EL PRESENTE TRABAJO CONSTA DE 4 CAPITULOS: EL PRIMERO SE REFIERE AL MARCO TEORICO ABARCANDO ANTECEDENTES DE LA ATENCION MEDICA POR NIVELES, ADAPTACION DE TEORIA DE SISTEMAS EN LA ATENCION MEDICA ASI COMO LA SIMPLIFICACION ADMINISTRATIVA, ADOPCION DE LA ATENCION MEDICA POR NIVELES EN MEXICO, DEFINICIONES DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA Y LA TRAMITACION ADMINISTRATIVA QUE HAN DESARROLLADO

POR EXPERIENCIA ALGUNAS INSTITUCIONES PARA EL TRAMITE ADMINISTRATIVO DE LOS SERVICIOS MEDICOS QUE LOS USUARIOS SOLICITAN.

EN EL SEGUNDO CAPITULO SE HACE UNA DESCRIPCION DE LA PROBLEMICA-EXISTENTE POR LA CARENCIA DE INSTRUMENTOS COMO GUIAS, PROCEDIMIENTOS Y LA SENSIBILIZACION DE LOS SERVIDORES PUBLICOS QUE TRAMITAN ESTOS SERVICIOS, PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS CON SUS VARIABLES Y DEFINICIONES DE INDICADORES, COMO EJEMPLO DE LAS BONDADES QUE OFRECE EL MODELO QUE SE PROPONE.

EN EL TERCER CAPITULO SE HACE LA DESCRIPCION DE LA PROPUESTA DE MODELO CON SU OPERACIONALIZACION, CRITERIOS ADMINISTRATIVOS, OBJETIVOS, ESTRATEGIAS, CREACION DE UN ORGANO CON FUNCIONES TRAMITADORAS SEMEJANTE A UNA AGENCIA DE VIAJES ASI COMO EL CONTROL DEL PARADIGMA DURANTE SU OPERACION PARA LO CUAL SE APOYA EN UN MANUAL EN DONDE SE DESCRIBEN LAS OPERACIONES Y LA PROGRAMACION DE SERVICIOS MEDICOS A PACIENTES AMBULATORIOS. (ANEXO)

EN EL CUARTO CAPITULO, SE DESCRIBEN LAS CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS ASI COMO LAS POSIBLES LIMITACIONES PARA QUE OPERE EL MODELO Y SE IMPLANTE. FINALMENTE SE ANEXAN ALGUNOS FORMATOS COMO MODELOS, GUIAS DE LOS PROCEDIMIENTOS, PARA CONTROLAR EL FUNCIONAMIENTO DE LA PROPUESTA.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

La complejidad de los sistemas de atención médica, dada por la interrelación de lo biológico, lo psicológico y lo social hace difícil la esquematización de un modelo de referencia y contra-referencia, mecanismo que es necesario para la vinculación entre los tres niveles de atención médica que el usuario puede requerir.

Para llegar al modelo, se revisaron aspectos de simplificación administrativa, teoría de sistemas, teoría de colas, origen de la conceptualización de niveles de atención, bases legales del Sistema de Atención Médica en México, atención directa al público a través de ventanilla y ensayos que algunas Instituciones han hecho sobre referencia y contra-referencia para ofrecer seguridad en el servicio que demande el usuario y que requiere de la coordinación y sincronización entre la capacidad instalada y los recursos humanos, entendiendo que coordinar significa: ". . . Disponer, ordenar metódicamente esfuerzos tendientes a un objetivo determinado. . ." y Sincronizar es: ". . . es hacer que coincidan en el tiempo dos o más movimientos o fenómenos para este estudio. . .". La Coordinación, es: ". . .Producir sincronización y ésta a su vez, se traduce en una secuencia de eventos ordenados para lograr un objetivo predeterminado, o sea, tener servicios disponibles con el propósito de ofrecerlos al mayor número de usuarios, en un tiempo razonable, los servicios que demanden, lo que debe tener un apoyo de orden administrativo que se inter-relacionan de lo simple a lo complejo. (1)

(1) SOLORZANO Flores, Luis I.-Coordinación de la Atención Médica; Objetivos de la Administración en la Atención Médica. México, Edt. Seminario de Servicios de Salud Pública en el Estado de Morelos. Pag. 7.

ANTECEDENTES DE LA ORGANIZACION POR NIVELES DE ATENCION MEDICA.

El reto no es simple, por años se han estudiado el "cómo" atender a toda la población con características de ser la atención: universal, uniforme, continua, integral, equitativa, oportuna, accesible, aceptable, racional, eficaz, eficiente y efectiva. Desde el año de 1900, un pequeño grupo de representantes de las Repúblicas Americanas, se reunieron en Washington, para analizar los problemas de salud existentes en sus países y el modo de resolverlos en forma conjunta.

En 1963, se realizó la primera reunión especial de Ministros de Salud en América Latina ², con el propósito fundamental de determinar la viabilidad de los objetivos de programas de atención a la salud, pero carecieron de indicadores con los cuales juzgar los logros inmediatos y los definitivos.

En 1967, se realizó la II Reunión de Ministros de Salud, en Punta del Este para reafirmar los objetivos de salud con un enfoque diferente, dichos objetivos fueron establecidos en un documento denominado "Carta de Punta del Este". La declaración que firmaron y el informe especial que concluyeron, definieron las características de cobertura; los conceptos de atención primaria y participación de la comunidad, como estrategia para ampliar dicha cobertura. también identificaron las restricciones que limitaban esa cobertura y señalaron la manera de ampliarla; se incluían así análisis de la escasez de servicios en cada país, de los

² ACUÑA, R. Héctor. Hacia el año 2000; en busca de la Salud para todos en las Américas. Ed. Publicación Científica Nº 435 O.P. Washington, D.C. 1983, pag. 42

mayores esfuerzos requeridos para relacionar más estrictamente - las actividades de salud con las cumplidas en otros sectores de - desarrollo, del fortalecimiento de los Sistemas de Servicios - de Salud y de la creación de niveles de atención de salud, del - desarrollo de los recursos humanos necesarios para llevar a cabo la nueva estrategia y utilización más eficaz de los recursos económicos. En 1972, se desarrolló la III Reunión Especial de - Ministros en Santiago de Chile³. El propósito de esa reunión - fué el de planear un nuevo programa decenal para mejorar las condiciones de salud en el continente y que sucediera al establecido por la Carta de Punta del Este. Los resultados de esta reunión - orientaron a una planificación de actividades de salud del hemisferio y se llamó "Plan Decenal de Salud para las Américas", cuyo contenido continuaba en el incremento de la cobertura en los - servicios de salud.

Con este enfoque de planificación, comenzaron a tomar forma con mayor claridad repercutiendo su trascendencia en otras reuniones importantes como en la reunión de 1973, del Consejo Ejecutivo de la O.M.S., se identificaron y definieron "tres niveles de atención a la salud" que a continuación se describen⁴

- "Los Servicios de Asistencia Primaria son prestaciones Sanitarias Generales que se ofrecen a la población en el punto de entrada del Sistema de Servicios de Salud".
- "La asistencia Secundaria comprende las prestaciones facilitadas por Servicios de asistencia primaria".
- "La asistencia Terciaria, comprende servicios muy especializados (y hasta super especializados, como la cirugía plástica, neurocirugía y la cirugía cardíaca.)"

3 VILLAREAL, Ramón. Recursos Humanos para la Salud en las Américas Ottawa Canadá 1972, Pag. 3.

4 KLECZKOWSKI, B.M. Pibouleau R. Criterios de la Planificación y Diseño de Instalaciones de Atención de la Salud en los Países en Desarrollo, Vol. 2 O.P.S. 1979

Se aprecia que la atención a la salud ha sido preocupación importante en este siglo, hasta conceptualizarla en niveles que están estratificados con una somera descripción de servicios que hoy día es más clarificada.

Este marco histórico sirve de referencia para conceptualizar niveles de atención publicado y se observa que la entrada del usuario al sistema de servicios de salud es por el primer nivel en la realidad esto no sucede así, por lo que es importante que el sistema con sus elementos inter-relacionados los canalice a diferentes niveles de acuerdo al caso de morbilidad y los regrese a su comunidad para ser incorporados a su medio sin perder la lógica de que, al usuario debe ser comprendido como un ser humano "Como una unidad indivisible en el cual concurren tres grandes vertientes: Biológica, Psicológica y Social". Así nunca se pierda de vista la integración biopsicosocial del hombre a fin de entender más acertadamente la conducta del mismo...⁵ por lo que es imprescindible que los administradores de la salud tengan presente al hombre como una unidad y la reflexión basada en la teoría conductual para armar este modelo en teoría administrativa, dice Ludwig Von Bertalanffy, (1918). que dos grandes ramas forman la teoría administrativa: la cuantitativa y la conductual; este enfoque abrió una nueva perspectiva en las atenciones conductuales en la administración, hasta culminar en las relaciones humanas y es un análisis importante de considerar en el modelo que se proyecta.

5 ARIAS, Galicia Fernando, 1981. Administración de Recursos Humanos 2ª Edición. - Ed. Trillas, México. pag. 53

La teoría de sistemas afirma que todas las partes están interrelacionadas y que son independientes para formar un todo en donde el hombre se encuentra implícito.

La teoría de sistemas ha dado lugar a nuevos conceptos; la "adaptación al cambio" y la "velocidad del cambio", que son aspectos dinámicos de un sistema y conforme aumenta su relación con otros sistemas se hace más aparente en las organizaciones pero más complejo como se observa en el sistema de Salud.

ADAPTACION DE LA ATENCION MEDICA A TEORIA DE SISTEMA.

La organización de la atención médica se ha estudiado llegando a la conclusión de una modificación en donde la atención se brinda por niveles debido a su complejidad. La complejidad se define ". . . Como el número de tareas diferenciadas que se integran, la actividad global de un establecimiento y el grado de desarrollo alcanzado por los mismos" .⁶ Los elementos que lo caracterizan de distinta relevancia según la actividad de que se trate, el nivel de capacitación y especialización del personal que cumple esas funciones, el grado de organización del sector y el equipamiento en tanto éste sea imprescindible para su determinada tarea. Por lo tanto, el concepto de complejidad trata de integrar, dentro de un indicador global, la amplia gama de acciones sanitarias que se desarrollan habitualmente.

6 PLANCHER, Isabel. Un Enfoque Integral de la Organización de la Salud, Los Perfiles de Complejidad, Argentina 1980 Pag. 800.

Con lo antes mencionado se deduce que la preocupación por brindar servicios médicos a toda la población no ha encontrado solución fácil; sin embargo en 1973, se definieron como una forma de organizarse en un procedimiento administrativo llamado "niveles de atención médica" y que engloba las necesidades de salud cuantitativas individuales y colectivas de la sociedad. En otras palabras, los niveles de atención médica son un instrumento de carácter organizativo en el que se busca una correlación entre necesidades de atención médica de la comunidad y una racionalización de los servicios que se otorgan escalonadamente, para ello es importante identificar necesidades, recursos y aspiraciones de salud dentro de una región o comunidad congruentes con la realidad.

". . . Conocer la frecuencia y complejidad de determinados problemas de salud en una comunidad, que constituyen la demanda de servicios, es lo que permite relacionar los niveles de atención con unidades o programas médicos, razón por la que los niveles de atención médica deben ser dinámicos y por lo tanto deben estar acordes con el tiempo, pudiendo expandirse o contraerse".⁷ Entre otros factores los organismos de salud deben acoplarse a que ciertas características se logren como son: regionalización, escalonamiento, descentralización y simplificación administrativa con normas definidas en cada uno de los mismos en coordinación y orientación a la población usuaria.

7 FAJARDO, O. Guillermo. Atención Médica, teorías Prácticas Administrativas, Edición Científica, Ed. La Prensa Médica Mexicana, S.A. México, 1983 pag. 59

LA SITUACION DE ATENCION MEDICA POR NIVELES EN MEXICO

En esta país, las inquietudes han sido discutidas al respecto por - nuestros gobernantes y tomando en cuenta que la salud no es patrimonio exclusivo de minorías sino un derecho social de todos los mexicanos. Este derecho no se agota en la lucha contra la enfermedad - sino que implica la prevención y mejoramiento integral de la salud - lo que comprende la urgencia de operar fórmulas para evitar la dispersión de organismos, su falta de coordinación y la ausencia de - racionalización en el uso de los recursos disponibles, frente a la - disposición geográfica de la población, el costo de los servicios - de los medicamentos y la paradójica concentración y subutilización - de la capacidad instalada de clínicas y hospitales en cierta región del país. ⁸

Para hacer efectivo el derecho a la salud, en la VIII Asamblea - Ordinaria de septiembre 25 de 1975, se planteó el plan básico de - Gobierno 1976-1982, en el cual se habla de la necesidad del diseño - de un sistema general de asistencia médica, que diferencie los - distintos niveles que deben considerarse, desde la prevención hasta el tratamiento especializado de enfermedad; para este propósito se - recomendó: ⁹

- a) La creación de un primer nivel de equipamiento de salud, - centros , consultorios fijos o unidades móviles, integrados por médicos, trabajadoras sociales, enfermeras, estudiantes y promotores locales, para el tratamiento y curación de -

8 CONSTITUCION Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1984. Secretaría de - Gobernación, México. pag. 34.

9 PLAN Básico de Gobierno 1976-1982 Partido Revolucionario Institucional VIII Asamblea Nacional, 1975, México. pag. 175.

padecimientos poco evolutivos y la educación de la población para el desarrollo físico y mental saludables y la prevención de todo aquello que dañe la salud.

La organización cooperativa de tales equipamientos es fórmula complementaria de los esfuerzos que se realicen en este nivel.

- b) La operación en un segundo nivel, de unidades multidisciplinarias integrados por médicos generales y especialistas, personal docente y auxiliar técnico, para atender los casos que requieran atención hospitalaria.

Estas unidades multidisciplinarias, estarán dotadas, además de consultorios médicos, centros de diagnóstico, laboratorio para la enseñanza de las materias básicas de la medicina preventiva y legal, y epidemiología.

- c) La provisión de medicina hospitalaria, a un tercer nivel para atender los problemas que requieren un tratamiento urgente, cuidados intensivos, intervenciones quirúrgicas o medicina muy especializada o altamente tecnificada.

En estos dos últimos niveles, se hizo adición a los aspectos relacionados con el adiestramiento, la enseñanza y la investigación biomédica.

El sistema general de atención médica así concebido, proporcionará una estructura coherente para los servicios de salud y será la base de coordinación, en el corto plazo, de las Instituciones públicas de asistencia.

Con esta base, se hizo el despegue oficial para brindar la atención a la salud, conceptualizándolo como un sistema de atención médica - estratificada por niveles, tomando en cuenta que se caracteriza - aun por el predominio de los padecimientos infecto-contagiosos, la - desnutrición, la falta de protección adecuada al medio materno-infan - til y especialmente, por el gran número de mexicanos que no tienen - acceso a los servicios de salud.

Como respuesta a todo ésto y dentro del marco general del plan - global de desarrollo, se legalizó oficialmente con este enfoque. - A partir de este momento, en las Instituciones de atención médica - se reestructuró y se organizó con esta política. En 1978, un grupo - de expertos en la administración de la salud, se reunieron para ana - lizar y establecer las bases sobre la atención médica por niveles. - Con esta idea de atención, se ordenó y presupuestó toda la infraes - tructura, la formación de recursos humanos, la clasificación de los - problemas de morbilidad y la investigación básica y clínica.

En 1982, entre las primeras acciones de la nueva forma de administrar los servicios de salud, destacó la iniciativa que envió el ejecutivo al H. Congreso de la Unión para establecer las bases legales de un - "Sistema Nacional de la Salud", racional y eficiente, que coadyuve - al advenimiento de una sociedad más igualitaria.¹⁰ En diciembre - del mismo año, el Ejecutivo Federal presentó una iniciativa de adi - ciones reformando el artículo 4º Constitucional que consagra el - derecho a la protección de la salud como garantía social y sienta - los fundamentos para el nuevo Sistema Nacional de Salud, apoyado en - una cabal sectorización en el uso intensivo de la programación secto

10 CUADERNOS Técnicos de Planeación. Vol. 1 Nº 6
Programa Nacional de Salud 1984-1988 S.S.A., México Pág. 11

rial como un ejercicio participativo, democrático y ordenador; en un esfuerzo de modernización administrativa y legislativa de la salud, y en un sólido proceso gradual y responsable de descentralización de los servicios.

Existe un Programa Nacional de Salud 1984-1988, donde el propósito básico del programa sectorial es, elevar el nivel de salud de la población, procurando tender a la plena cobertura de los servicios de salud (preferentemente en el primer nivel de atención), y el mejoramiento de la calidad básica de éstos, así como de la protección social de los grupos vulnerables, todo ello mediante la consolidación y desarrollo de un sistema nacional de salud racional y eficiente. ¹¹

Para el logro de este propósito se identificaron cinco estrategias instrumentales; sectorización, modernización administrativa, descentralización, coordinación intersectorial y participación de la comunidad. En el programa de atención médica se encuentran descritas las funciones, los servicios y los recursos en forma estratificada en tres niveles de atención cuyas acciones genéricas se citan a continuación:

PRIMER NIVEL

Su enfoque principal es la prevención de enfermedades y conservación de la salud, a través de actividades de promoción, protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de padecimientos frecuentes, cuya resolución no sea factible mediante el empleo de recursos poco complejos en atención ambulatoria.

SEGUNDO NIVEL

Se desarrollan acciones dirigidas a restaurar la salud y superar los daños, a través de actividades de atención médica englobadas dentro de las cuatro especialidades básicas y algunas otras de la medicina; además se llevarán a cabo labores de enseñanza e investigación ambulatoria y hospitalización.

TERCER NIVEL

Se llevan a cabo acciones de reestructuración de la salud superación de daños frecuentes, a través de atención médica que involucren diversas especialidades y requieren de una combinación de recursos de alta complejidad; también se llevan a cabo actividades de enseñanza e investigación.

Para que los niveles de atención sean funcionales, se debe disponer de una red de unidades amplia, flexible y adecuadamente enlazada por un Sistema de referencia y contra-referencia, que permita a los usuarios su tránsito en ambos sentidos de la red, dependiendo de sus necesidades específicas.¹²

Así mismo, se hace necesario establecer el sistema de subrogación con bases y criterios aplicables al ámbito interinstitucional de servicio de atención médica, respetando el patrimonio, naturaleza jurídica y estructura administrativa de las Instituciones.

En síntesis, se deduce de lo descrito en este Marco Teórico, que la atención médica por niveles, es producto de una necesidad y que la estratificación es una alternativa de solución a la problemática del reducido porcentaje de población que está recibiendo los servicios médicos y se pretende ampliar esa cobertura que se ha convertido en una política nacional; "brindar servicios de salud a toda la población."

La forma en que se habían organizado hasta 1982, los servicios médicos no han dado respuesta para atender a toda la población por lo que se ha recurrido a organizarlos como sistemas, como una alternativa de solución metodológica. En esta forma se menciona que todas las partes deben interrelacionarse y que a la vez sean independientes en su interior para conformar un todo, lo que será igual que cada nivel funcionará como una parte de un todo.

DEFINICION DE ATENCION MEDICA POR NIVELES

En conclusión, para el autor de este estudio, "Niveles de Atención Médica", se define como la forma de organizar la gradación de la atención médica en donde se combinan recursos físicos, humanos y financieros para ordenar y dirigir los flujos de demanda según sea la frecuencia de la morbilidad y su complejidad así como la relación en la tecnología (elemental, intermedio y alta), o sea, de lo simple a lo complejo con una base de operacionalización sincronización en cada nivel haciendo un todo integrador denominado Sistema.

Para que quede el enlace entre un nivel y otro se requiere de una serie de criterios de orden meramente administrativo para la referencia y contra-referencia para que el usuario se le facilite la fluidez; en las Instituciones ésto se ha convertido en un problema, creándose largas filas de espera. Esto hace engorroso el proceso y la inseguridad del usuario de ser atendido.

Conocemos las estructuras administrativas que existen hasta el momento y han sido inoperantes, pues no existe enlace entre cada nivel y el usuario es el que sufre el peloteo sin que obtenga en forma oportuna y segura los servicios por falta de coordinación entre cada nivel para referir y contra-referir con base en la demanda del usuario y enviado por el criterio médico. Para que la atención médica tenga fluidez en cada nivel se requiere del logro de cinco estrategias instrumentales, complementarias e interdependientes entre sí, que permitirán el establecimiento y cabal consolidación del Sistema Nacional de Salud, así como el eficaz cumplimiento de los programas de acción y apoyo. Las estrategias son: la sectorización, desconcentración de los usuarios de salud, modernización administrativa, coordinación intersectorial y participación de la comunidad en donde la gestoría juega un papel importante pues se encarga de la acción y efecto de administrar y hacer lo diligente para conseguir que los servicios sean proporcionados con oportunidad. 13

La atención médica organizada con esta base se debe nutrir de la teoría del servicio masivo y la lucha contra el crecimiento de las filas de espera (colas). Las filas de espera, se vinculan inevitablemente a pérdidas materiales, pues la persona que se encuentra en espera, gasta improductivamente un valioso tiempo laboral, si

la fila la forman personas que estan en el momento de la produc -
ción, o mata inutilmente su tiempo libre. Una de las causas -
fundamentales del surgimiento de las filas es la no correspondencia
entre la demanda de servicio y la cantidad de servicio que puede -
ofrecer la Institución o las empresas en unidad de tiempo, es decir
la intensidad de servicios.

El sistema de servicio masivo, se caracteriza por tres factores ini-
ciales: Flujo entrante de exigencias, mecanismos de servicios y -
disciplina de servicios. (colas) ¹⁴

El flujo entrante de exigencias representa por sí mismo el conjunto
de solicitudes de servicio que entra en el sistema; ello puede ser,-
por ejemplo, la demanda de los usuarios de un mismo horario.

La característica del mecanismo de servicio es la capacidad de ser -
vicio del sistema, o sea, el número máximo de exigencias a las que -
se les puede prestar servicio al mismo tiempo, o bien el flujo inter-
no que existe para dar salida a las solicitudes con el auxilio de un
flujograma e instrumentos administrativos que guíen el quehacer de -
los que procesan las operaciones dentro del sistema.

El tercer factor que caracteriza un sistema de servicio masivo, es -
la disciplina del servicio (o de cola) es el orden de selección -
de las exigencias para el servicio de quienes esperan su turno. -
Las filas o colas en sí, nos ayudan a mantener un orden pero siempre
y cuando tengan un punto medio del factor tiempo de espera, siempre-
con la seguridad de ofrecer el servicio para lo cual se forma. La -
dinámica de la fila está en íntima relación con los movimientos y -
sincronización de los trabajadores que participan en el proceso de -
trabajo para proporcionar el servicio.

14 VORONOV A. A. La Investigación de Operaciones y las Tareas de Dirección.

Con esta referencia y retomando lo dispuesto en el Programa Nacional 1984-1988 de atender al 100% de la población y que se debe proporcionar la atención médica estratificada en tres niveles los cuales deben ser funcionales a través de una red de unidades enlazadas por un sistema de referencia y contra-referencia, que le permita al usuario su tránsito para el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. La adaptación del sistema de atención médica por niveles, en México ha sido difícil de comprender por los trabajadores de la salud creando confusión al usuario haciendo el procedimiento complicado en la transferencia de un nivel a otro.

DEFINICION DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA

Según describe López Bárcenas, que es operativo para este estudio, y dice: ". . . Referencia es el envío del usuario de la unidad de menor complejidad a otra de mayor complejidad, donde su problema de salud puede ser resuelto, y

La contra-referencia, es la devolución del usuario de una unidad de complejidad mayor, una vez que se le resolvió el problema a otra de menor complejidad en donde se lleva el control y seguimiento. " ¹⁵

EXPERIENCIAS OBTENIDAS EN DOS INSTITUCIONES SOBRE TRANSFERENCIA ADMINISTRATIVA DE LA ATENCION MEDICA A NIVEL AMBULATORIO.

Durante mi última residencia administrativa que desarrollé durante esta maestría, se indagó sobre la referencia y contra-referencia detectando que en las Instituciones se habían hecho intentos para -

15 LOPEZ B. fco. Javier, HERNANDEZ V. filiberto. Subsistema de referencia y contra-referencia. Dirección General de Servicios Médicos del D.D.F.. México 1985, pag. 6

solucionar la problemática de tramitar atención médica como en el caso del I.S.S.S.T.E. y S.S.A.

En 1976, las autoridades de la atención médica del I.S.S.S.T.E. intentaron buscar una solución mediante la programación de la consulta por teléfono, hicieron una prueba piloto en cuatro clínica de adscripción (Primer Nivel) el resultado fué acertado por lo tanto lo incluyeron en su plan de trabajo institucional de salud en 1977 como un subprograma denominado: "Cita Programada Telefónica" (CIPROTEL) en toda el área Metropolitana del D.F., para acabar con el lamento de inconformidad de los derechohabientes por las esperas prolongadas e inútiles para recibir consulta, por vergonzosas filas para tramitar una ficha, por sufrir incomodidad de esperar en las filas abarrotadas, así como la inconsecuencia y hostilidad por parte del personal; a ésto. se le agrega la frecuente frustración de ser rechazado sin obtener servicio y los que lo lograban tenían que soportar la impuntualidad y ausentismo de médicos y para médicos. Todo ello hacía imposible una atención médica eficaz, oportuna y humanizada.

El Subprograma tenía como objetivos para resolver estos problemas irresolubles hasta entonces, los siguientes. ¹⁶

1. Asegurar al derechohabiente del ISSSTE, la obtención de consulta médica oportuna.
2. Evitar la formación de colas para la obtención de servicios médicos en las clínicas de adscripción.
3. Facilitar el trámite de consulta incluyendo la solicitud telefónica.

4. Brindar un trato humano y personalizado al derechohabiente.

METAS

1. Cero rechazos de consulta de medicina general.
2. Reducir la espera de 7 horas, con el sistema tradicional a hora y media como máximo y evitar las colas manteniendo una atención fluida de pacientes.
3. Captar entre el 80 y 90% de consulta programable y mantener entre un 10 y un 20% la consulta no programada.
4. Reducir en un 90% las quejas por malos tratos al derecho habiente.

Para lograr dichos objetivos y metas, se establecieron una serie de reformas e innovaciones a los procedimientos administrativos para el trámite y otorgamiento de consulta médica, que corrigieron y superaron los vicios y limitaciones que habían obstaculizado la correcta prestación de los servicios médicos.

En 1979, describen en un documento titulado Evaluación por Objetivos y Perspectivas del Sistema de Cita Programada Telefónica, instrumento elaborado por los responsables de ese subprograma.¹⁷

En síntesis dicen que la seguridad de otorgar la consulta externa a todos los derechohabientes fué cubierta, había cero rechazos por la programación que hicieron por teléfono los pacientes y otros en forma personal, había personal capacitado y organizado para atender -

17 GÓMEZ B. Antonio. Evaluación por Objetivos y Perspectivas del Sistema de Cita Programada Telefónica. Ed. I.S.S.S.I.F. México, 1979.

este servicio demandado, la conducta del personal trabajador estaba condicionado a ser flexible y dinámico. Dice el documento mencionado de evaluación objetivos del sistema de cita programada telefónica 1979, que cada clínica pudo absorber toda la demanda de consulta general sin llegar al tope de su capacidad instalada por ese año. - Pero en lo que se refiere a consulta de especialidad por ese momento no fué el mismo, resultado porque faltaba regionalización, además había dispersión de las especialidades, los horarios eran reducidos faltaban en algunas unidades locales para atender la consulta de odontología.

El tiempo de espera y formación de colas fué disminuyendo en forma progresiva, cuando el derechohabiente aprendió a programar por teléfono su consulta y comprobar que efectivamente tenía la seguridad de obtener el servicio. Esta meta tuvo algunos problemas para el cumplimiento total por la irregularidad de asistencia y puntualidad del médico.

Este subprograma fué apoyado por la comunicación masiva para que el usuario conociera los beneficios y el uso correcto del servicio, se distribuyeron folletos se dieron pláticas diariamente a diferentes horarios para que conocieran el procedimiento de como tramitar su consulta.

Además, se pudo lograr el trato amable y personalizado, se redujo en un 90% las quejas por malos tratos por parte del personal, lo comprobaron por medio de una encuesta de opinión entre los derechohabientes y los buzones de quejas y sugerencias.

Estos resultados trascendieron para mejorar por ese año la imagen del Instituto, desde el momento en que se logró la confianza y la satisfacción del usuario de obtener los servicios.

En síntesis, estos logros fueron el mecanismo regulador del tiempo de espera y del trabajo de todas las áreas relacionadas con el servicio, influyó positivamente en la puntualidad y asistencia del personal médico, contribuyó a crear un ambiente de trabajo armónico aumentó la productividad al comprometer desde el día anterior el tiempo del médico a través de la programación de la consulta. A los directivos de las unidades les permitió conocer con anterioridad las cargas de trabajo, al médico se le facilitó llevar un mejor control de sus pacientes al llevar su agenda y la cita previa para las consultas subsecuentes del enfermo. Cabe enfatizar que todo cambió por noble que sea desencadena reacciones e incomprensiones en su contra, ya no por el cambio entre sí, sino por que afecta intereses personales y actitudes viciosas.

Al parecer esta experiencia que tuvo esta Institución, fué útil y positivo del como organizar la consulta externa en un nivel, para conocer más profundamente el procedimiento, se consideró necesario indagar su persistencia en las unidades en donde se implantó, para usarla como base en los mecanismos de referencia y contra-referencia que se proponen en el modelo que más adelante se describe., si existe una infraestructura bien organizada sobre los trámites administrativos en cada nivel es posible llevar a cabo una buena transferencia de pacientes.

En 1983, se revisó esta infraestructura tomando como base la evaluación realizada por los responsables del subprograma y el documento guiador de las operaciones para la organización en el momento de tramitar los servicios de atención médica. Cabe aclarar que por esa época (1979), en el ISSSTE la atención médica no se había organizado por niveles y solo se llevó a cabo en unidades de atención -

médica general que de acuerdo a la definición de niveles de atención médica se refiere a servicios de primer nivel.

Para hacer la revisión y conocer la existencia y persistencia así como el estado de conservación de la originalidad y desviaciones, se revisó el Manual de Procedimientos de la consulta programada telefónica que dió origen al subprograma en dicho documento se encuentra la descripción de las operaciones de la tramitación administrativa para obtener el servicio de consulta, los cuales son:

- 1.- Paciente de Primera Vez
- 2.- Paciente Subsecuente
- 3.- Cita Telefónica
- 4.- Cita Personal
- 5.- Cita previa
- 6.- Carnet de Cita Médica
- 7.- Llenado de Agenda de Programación
- 8.- Distribución de Citas
- 9.- Horario de Citas
- 10.- Médico Auxiliar
- 11.- Llenado de informe de labores diarias del médico
- 12.- Consulta Inmediata
- 13.- Confirmación de Cita
- 14.- Solicitud de Consulta a otra Unidad
- 15.- Cancelación de Consulta

Con el conocimiento de cada acción directa, se diseñó una forma para conocer la persistencia de la originalidad, la variación de cada uno. Se visitaron 38 clínicas de 40 que existen en el D.F., como se puede apreciar en la tabla Nº 1.

ESTADO ACTUAL DE LA PERSISTENCIA Y VARIACION DEL MANUAL CIPROTEL EN LOS SIETE MODULOS DEL AREA METROPOLITANA

MODULOS	MODULO I		MODULO II		MODULO III		MODULO IV		MODULO V		MODULO VI		MODULO VII		TOTAL			
	CLINICA 5		CLINICA 6		CLINICA 6		CLINICA 7		CLINICA 5		CLINICA 4		CLINICA 5		PERSIST.	%	VARIAC.	%
	PERSIST.	VARIAC.	PERSIST.	VARIAC.	PERSIST.	VARIAC.	PERSIST.	VARIAC.	PERSIST.	VARIAC.	PERSIST.	VARIAC.						
PACIENTE PRIMERA VEZ	4	1	6	-	6	-	5	2	3	2	1	3	1	4	26	68	12	32
PACIENTE SUBSECUENTE	5	-	6	-	6	-	7	-	5	-	3	1	4	1	36	95	2	5
CITA TELEFONICA	5	-	6	-	6	-	6	1	5	-	3	1	3	2	34	89	4	11
CITA PERSONAL	5	-	6	-	6	-	7	-	4	1	3	1	5	-	36	95	2	5
CITA PREVIA	4	1	3	3	3	3	5	2	5	-	1	3	2	3	23	61	15	13
CARNET DE CITA MEDICA	5	-	6	-	6	-	7	-	5	-	3	1	4	1	27	31	11	20
LLENADO DE AGENDA	4	1	3	3	5	1	5	2	4	1	2	2	4	1	27	71	11	20
DISTRIBUCION DE CITA	4	1	5	1	6	-	6	1	4	1	2	2	5	-	32	84	6	16
HORARIO DE CITAS	5	-	6	-	6	-	6	1	4	1	4	-	5	-	36	95	2	5
MEDICO AUXILIAR	4	1	3	3	5	1	4	3	3	2	2	2	3	2	24	63	14	37
LLENADO DE HOJA ROSA	5	-	5	1	4	2	6	1	4	1	3	1	4	1	31	82	7	18
CONSULTA INMEDIATA	5	-	5	1	5	1	7	-	5	-	4	-	4	1	35	92	3	8
CONFIRMACION DE CITA	5	-	5	1	5	1	6	1	5	-	2	2	4	1	32	84	6	16
PROGRAM. DE CITA ESP.	5	-	2	4	3	3	4	3	5	-	1	3	1	4	21	55	17	45
CANCELACION DE CONSULTA	5	-	6	1	5	1	5	2	5	-	3	1	3	2	32	84	6	16
	70	5	73	17	77	13	86	19	66	9	37	23	52	23	461		119	
	93%	7%	81%	19%	86%	14%	82%	18%	88%	12%	62%	38%	69%	31%				

-33-

CLAVE: Se le denomina al conjunto de unidades médicas que se han agrupado por niveles y regionalización del área metropolitana, cada una tiene diferente número de unidades médicas.

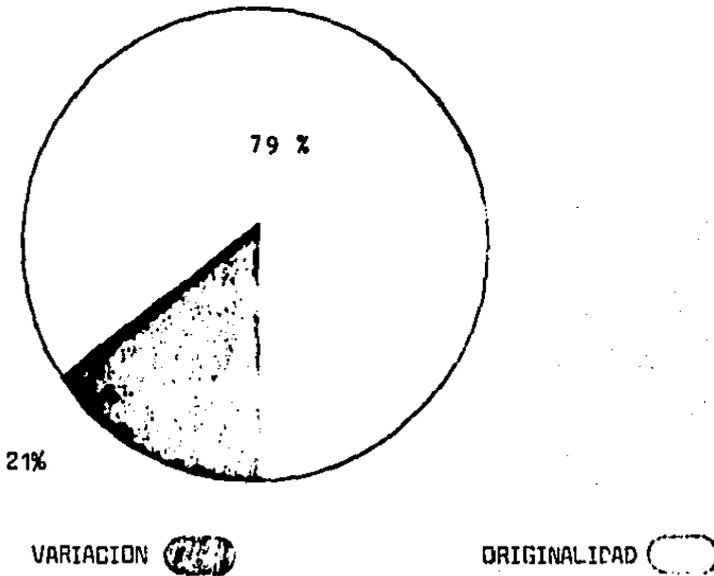
FUENTE: DATOS DE LOS CUADROS DEL 1 AL 7 Estado Actual de los procedimientos de cita programada telefónica ISSSI, México, D.F., 1985

Estos resultados se observan en la gráfica Nº 1 en donde el 79% se conserva al procedimiento como se describe en la guía, ésto fué directamente en 38 clínicas de un total de 40.

GRAFICA

Resúmen de la persistencia de la originalidad y variación del guía

CIPROTEL



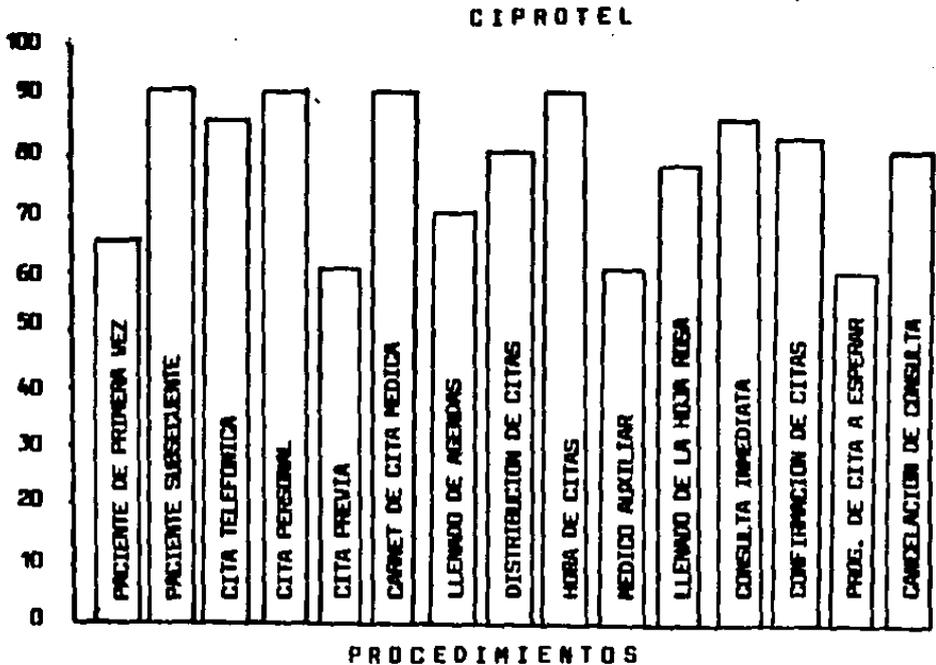
FUENTE: Tabla Nº 1

NOTA: ORIGINALIDAD. Es la conservación de los criterios descritos sin haber ninguna modificación en cada procedimiento de la guía - implantada en 1970.

Cada una de la operaciones fueron observadas como se describia en la guía oficial cuyos resultados son expresados en la gráfica - No. 2

Total de la persistencia de la originalidad de cada procedimiento- en resumen de las clinicas visitadas teniendo como guía el manual- CIPROTEL

GRAFICA 2
PROCEDIMIENTOS DEL MANUAL



FUENTE: Tabla No II

Llama la atención sobre la variación de operaciones como son:

- 1) PACIENTE POR PRIMERA VEZ
- 5) CITA PREVIA
- 7) LLENADO DE AGENDA DE PROGRAMACION
- 10) MEDICO AUXILIAR
- 11) LLENADO DE LA FORMA (SM-10-1) QUE SE REFIERE AL INFORME DIARIO DE LABORES DEL MEDICO
- 14) SOLICITUD DE CONSULTA PROGRAMADA A LA CLINICA DE ADSCRIPCION A OTRA UNIDAD DE ESPECIALIDAD.

La razón de estas modificaciones se explican que al iniciar el subprograma tenía prioridad y las políticas de la organización se modificaron al cambio de las autoridades que administraban ; por ejemplo: El presupuesto cambió y las agendas de programación ya no se pudieron proporcionar en la forma como se indicó al inicio por el alto costo de impresión.

El paciente de primera vez dice la guía en la página 5 Que el paciente puede hacer su solicitud de servicios en forma telefónica o personalmente; si es telefónica la recepcionista verificará adscripción, domicilio y pedirá en forma amable al paciente que se presente en la clínica con su documentación necesaria y quedará registrada su consulta. La modificación que se le hizo fué que todo paciente en estas circunstancias tenía que ir a la Unidad Médica y no por teléfono para comprobar su vigencia, como se ha mencionado por el cambio de organización.

Cita previa.- En la guía general de operación página 12, dice al respecto que, es a solicitud del médico, indicando el día aproximado en que el paciente debe presentarse a recibir nuevamente consulta. Al salir de la consulta, el paciente debería acudir al-

módulo de CIPROTEL, y presentar la solicitud de cita si es con un plazo máximo de 30 días, se le anota en la agenda correspondiente en la fecha más próxima a la indicada por el médico; se recoge la solicitud de cita previa y se hace la anotación también en el carnet de citas.

La variación está en que no se le programa su cita previa cuando sale de consulta, se le pide ahora que acuda a solicitarla con 24 horas de anticipación a pesar de que su médico tratante lo haya citado en 5 ó 6 días.

Llenado de agendas de programación.- Este procedimiento ha variado el 29% por la inexistencia de las agendas así, como otras formas. Actualmente el 71% programa de diversas maneras, ejemplo: en libretas, hojas diseñadas por cada unidad, hojas blancas, o se programa directamente en la forma "Informe Diario de Labores del Médico"

Médico Auxiliar.- Dice el instrumento guizador en la página 21, que el médico auxiliar, es el recurso humano que permite ofrecer al derechohabiente la garantía de obtener una consulta siempre que sea requerida; pero debido a cambios administrativos el elemento humano asignado a esta tarea lo reincorporaron a la organización, en esta situación se encontró con acciones concretas y el 10% lo quitaron definitivamente de la clínica y sólo en el 60% continúan con esta operación.

Llenado de la forma del Informe Diario de Labores del Médico (SM-10-1). Esta forma se utiliza en el área de consulta externa para conocer el número y tipo de las consultas otorgadas por cada médico, por servicio y por unidad; sirve además para el control de-

la entrega y devolución de expedientes clínicos de la consulta, la elaboran en original y dos copias, una copia se emplea para la confirmación de citas, la otra se utilizaba en archivo clínico para sacar los expedientes correspondientes.

En la actualidad, en algunas clínicas que es el 21%, esta forma (SM-10-1) no se elabora a máquina, ni se hacen copias, simplemente se presenta hecha a mano, a lápiz o pluma; como se puede deducir esta operación ha modificado notablemente.

Solicitud de Consulta Programada de la Clínica de Adscripción a otra Unidad. (referencia)

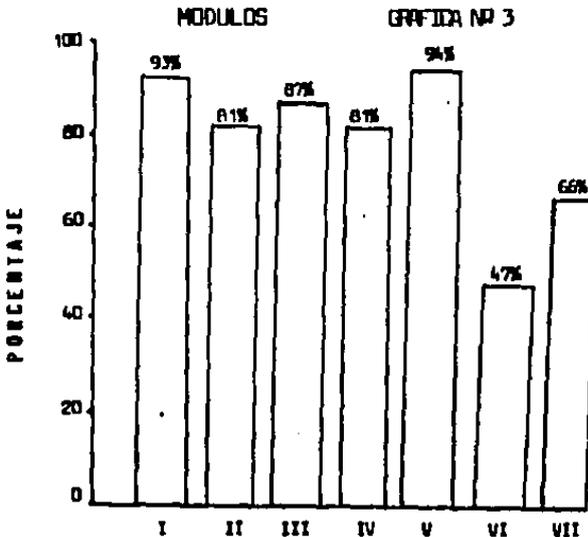
En la página 29 del documento guía, dice cuando el paciente presenta la solicitud de consulta de especialidad específica la recepcionista deberá tramitar en consulta en la Clínica de apoyo, indicándole al paciente que lleve consigo su carnet y el pase de especialidad. La variación está en que no se le está solicitando en la clínica de adscripción esa consulta, y el paciente es el gestor de dicho servicio en la otra unidad, esto es el 39%

Existen procedimientos que su variación es mínima, como es el caso 2) pacientes subsecuentes; 3) Cita Telefónica; 4) Cita personal - 6) Carnet de cita médica; 9) Horario de Citas; 12) Consulta Inmediata. Esto se ha mantenido durante 5 años y a la fecha no se conoce otro instrumento que sea una norma diferente.

Observando la gráfica Nº 3 se aprecia el resumen de la persistencia por módulos en el desarrollo de los procedimientos sobresaliendo el módulo V con el 94% de continuar con la originalidad así como el módulo I con el 93%, el módulo III con el 87%.

Es recomendable observar con mayor profundidad los módulos VI, que tienen el 47% y el módulo VII que tiene el 56% de conservación de la persistencia, en este momento no se hizo por ser un estudio analítico, no de supervisión o auditoría.

Resumen de la persistencia de la originalidad de cada procedimiento en cada uno de los módulos del I al VII teniendo como referencia del Manual CIPROTEL.



FUENTE: Tabla Nº 1

NOTA: ORIGINALIDAD.- Es la conservación de los criterios descritos sin haber ninguna modificación en cada procedimiento del manual creado en 1978.

En lo que se refiere al segundo grupo de resultados sobre cada unidad, expresados en la tabla Nº II sobre el estado actual de la persistencia y variación en 38 de las clínicas visitadas. En la gráfica Nº 4 se observa que existen 12 clínicas que notifican no haber variación objetiva, en 2 unidades no se lleva el sistema, como son Clínica Texcoco y Peralvillo: en la Clínica Ignacio Chávez, han tratado de adoptarlo, igual en la Clínica Pantitlán, estas dos últimas nacieron después de la creación del sistema. En la gráfica Nº 5, se refleja la variación y persistencia de cada procedimiento del manual tomando como base la suma de las 38 Unidades Médicas.

TABLA N° 11

RESUMEN DE LA PERSISTENCIA DE LA ORIGINALIDAD DE CADA PROCEDIMIENTO DEL MANUAL CIPROTEL EN 33 CLINICAS DE LAS 33

PROCEDIMIENTOS CLINICA CIPROTEL DE DESCRIP.	PALETTE DE TO WEL	PALETTE SUBSECCION	CTIA TELEFONICA	CTIA PERSONAL	CTIA PUNTA	CLASIFICACION DE CTIA MEDICINA	LECTURAS DE ASISTENTES	ASISTENTE DE CTIAS.	MODALIDAD DE CTIAS	MEDICO AUXILIAR	LECTURAS DE MODALIDAD DE CTIAS	CONSULTA ESPECIALIZADA	CONSULTA ESPECIALIZADA	CONSULTA ESPECIALIZADA	CONSULTA ESPECIALIZADA	TOTAL	PORCENTAJE
1. CLINICA ARAGON	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100
2. C. COSTLANUAC	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100
3. C. ECATEPEC	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	74
4. C. GUADALUPE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	93
5. C. G. A. MADRO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100
6. C. ATICAPOTZALCO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	80
7. C. LEGARIA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100
8. C. MARINA NACIONAL	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	80
9. C. SATELITE NAUCALP.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	87
10. C. SAN RAFAEL	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	53
11. C. TLAMAPANILA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	87
12. C. BALBUENA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	80
13. C. 5 DE FEBRERO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	73
14. C. DEL VALLE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100
15. C. INDIANILLA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100
16. C. JUAREZ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	73
17. C. HARVARI	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	87
18. C. COYOACAN	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	80
19. C. CHURUBUSCO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100
20. C. DIV. DEL NORTE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100
21. C. EMITA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100
22. C. IGNACIO CHAVEZ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	27
23. C. TLALPAN	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100
24. C. XOCHIMILCO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	67
25. C. CHAPULTEPEC	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	87
26. C. OBSERVATORIO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100
27. C. REVOLUCION	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	73
28. C. TACUBAYA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	97
29. C. VILLA A. OREOGON	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	87
30. C. GUERRERO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6	4
31. C. MORELOS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	6
32. C. PERALVILLO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	6
33. C. PERU	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	8
34. C. STA. MARIA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	4
35. C. IZTAPALAPA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100
36. C. MOCTEZUMA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	7
37. C. METZAHUALCOYOT	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	8
38. C. ORIENTE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	6
39. C. PANTEILAN	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	3
40. C. TLACOACO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	3
TOTAL	25	35	31	35	23	35	27	32	35	24	31	35	32	21	32	251	8
PORCENTAJES %	62%	92%	83%	92%	67%	92%	78%	84%	92%	62%	82%	92%	84%	52%	84%	121%	8

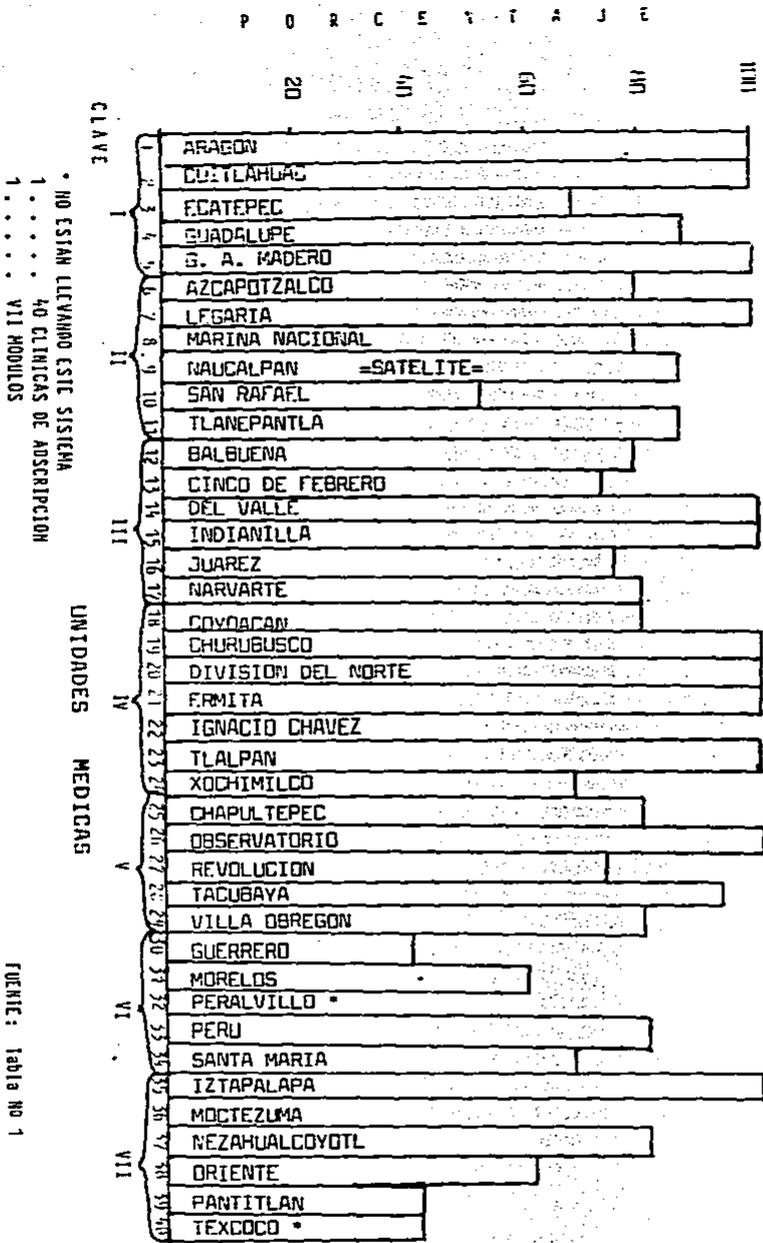
CLAVE

- * CLINICAS QUE NO LLEVAN EL SISTEMA
- ** PORCENTAJE DE CADA PROCEDIMIENTO EN 33 CLINICAS VISITADAS
- *** PORCENTAJE DE CADA CLINICA QUE REALIZA LOS PROCEDIMIENTOS
- + UNIDADES QUE SUGIRIERON LAS VARIACIONES AL SISTEMA

FUENTE: DATOS RECOLECTADOS EN EL FORMATO N° 1 DE CADA UNA DE LAS CLINICAS VISITANTES.

RESUMEN DE LA PERSISTENCIA DE LA ORIGINALIDAD DE LOS PROCEDIMIENTOS EN CADA UNA DE LAS CLINICAS VISITADAS DE ACUERDO AL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS CIPROTEL.

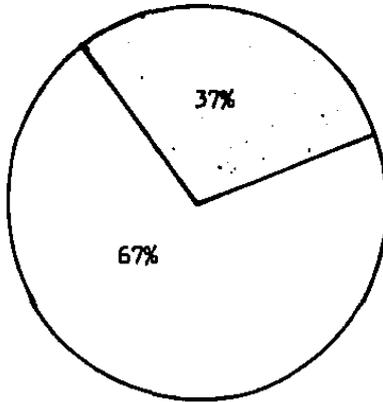
GRAFICA No 4



FUENTE: Tabla No 1

En la gráfica Nº 6, se representa el porcentaje de las sugerencias - que los responsables del desarrollo del sistema de cita programada aportaron a este estudio que fué el 37% y el 63% se desconoce su - sugerencia.

SUGERENCIA AL SISTEMA DE 38 CLINICAS VISITADAS
GRAFICA Nº 6



CLAVE



APORTARON SUGERENCIAS



SE DESCONOCE SUGERENCIA

FUENTE: Formato de sugerencias aplicada a los responsables del servicio, - clínicas, ISSSTE, México, 1983

Con los resultados de este estudio con fines de evaluación del sistema de cita programada, podemos decir que se logró el objetivo-propuesto, en lo referente al reconocimiento de la operación, en lo que se refiere a los objetivos de la guía, existen múltiples causas por las que hoy no podríamos coincidir con los resultados obtenidos en la evaluación con los objetivos y perspectivas que se realizó en enero de 1979.

Tomando como referencia que han pasado 5 años aproximadamente y durante este período ha habido cambios administrativos, entre ellos el que este procedimiento tenía una organización dirigida por un Coordinador y su dependencia era de tipo centralizada, había supervisión y cada Unidad tenía un Coordinador, esta función ha pasado a ser una actividad más de la Unidad Médica, pues el personal que se tenía para atender exclusivamente esta función ha sido incorporado al servicio de archivo clínico y los objetivos sufrieron cambios en unas unidades en forma radical y otras levemente como ejemplo el caso del médico auxiliar. Además la demanda de la población es mayor, los recursos físicos, materiales y humanos son insuficientes, ocasionando rechazo de consultas, formación de colas, en 17 clínicas se detectó este problema; se indagó la demanda y es alta, sólo en 21 unidades no se presentó esta situación, en este grupo de clínicas se encuentran de alta, regular y baja demanda siendo de los que todavía conservan un buen porcentaje el desarrollo de la guía. También se siguen presentando horas de espera prolongadas, no se realizan informes mensuales como lo hacían durante la ejecución de 1978 a 1980.

El derecho-habiente sigue siendo el gestor de sus servicios con la inseguridad e inconformidad.

Los dos estudios realizados en diferentes momentos revelan la utilidad y facilidad que obtiene el usuario cuando existe una organización con instrumentos guías que simplifican los trámites administrativos, se aprovechan esas experiencias para insertarlas en el proceso de sincronización y coordinación que se propone con el propósito de brindar en forma oportuna y segura los servicios, ahorrando tiempo de espera para el usuario y propiciar la organización de los servicios de la Institución.

En el ISSSTE, han pretendido organizar de la la forma como se han descrito los trámites administrativos con el fin de que el derecho-habiente obtenga con facilidad la consulta y de acuerdo a los resultados localizados, se considera que es un buen procedimiento, pero se ha quedado aislado pues solo en un nivel de atención médica se realiza sin enlazar a los otros dos para que exista correlación con el segundo y tercer nivel y que el derecho-habiente no sea el gestor de sus servicios y funciones lo que significa la referencia y la contra-referencia.

En 1979, la Secretaría de Salubridad y Asistencia, crea el Sistema de Atención Escalonada al paciente (S.A.E.P.) coordinada por la Dirección General de Salud Pública en el D.F., y la Subsecretaría de Planeación, dicho sistema es implantado en la zona norte y sur de la ciudad, en donde se pretendía abarcar la atención ambulatoria y hospitalaria mediante el enlace entre centros comunitarios, centros de salud y un hospital general, con el propósito de aprovechar los recursos humanos, físicos y materiales al máximo para brindar servicios por niveles tanto del primero como del segundo con el fin de garantizar el otorgamiento de la atención al paciente en forma integral, accesible y continua.

El sistema estuvo apoyado por guías normativas en el cual se describió la operacionalización de los procedimientos administrativos para otorgar los servicios.¹⁸ Al indagar los resultados de este sistema con personal que vivió la experiencia manifestó que hubo como en el ISSSTE cambios de organización importantes pero por bueno que haya sido, desencadenó reacciones e incomprendiones que afectaban intereses personales.

En general los resultados fueron positivos, se logró organizar la atención médica mientras tuvo el apoyo político, sin embargo algunos procedimientos continúan hasta la fecha.

Estas dos experiencias son básicas para pretender proponer un modelo que se define como "la simplificación en forma gráfica de una realidad" en donde se aprecian las relaciones de orden y la inter-relación entre los elementos de cada nivel de lo simple a lo complejo.

Para llegar a la descripción del modelo que se presenta en esta tesis, es importante revisar los problemas que indujeron al autor para profundizar un estudio y relacionarlo como tema de tesis con el título "Transferencia de Pacientes Ambulatorios en los Tres Niveles".

18 MANUAL General Sistema de Atención Escalonada al Paciente.
Secretaría de Salubridad y Asistencia.

CAPITULO II

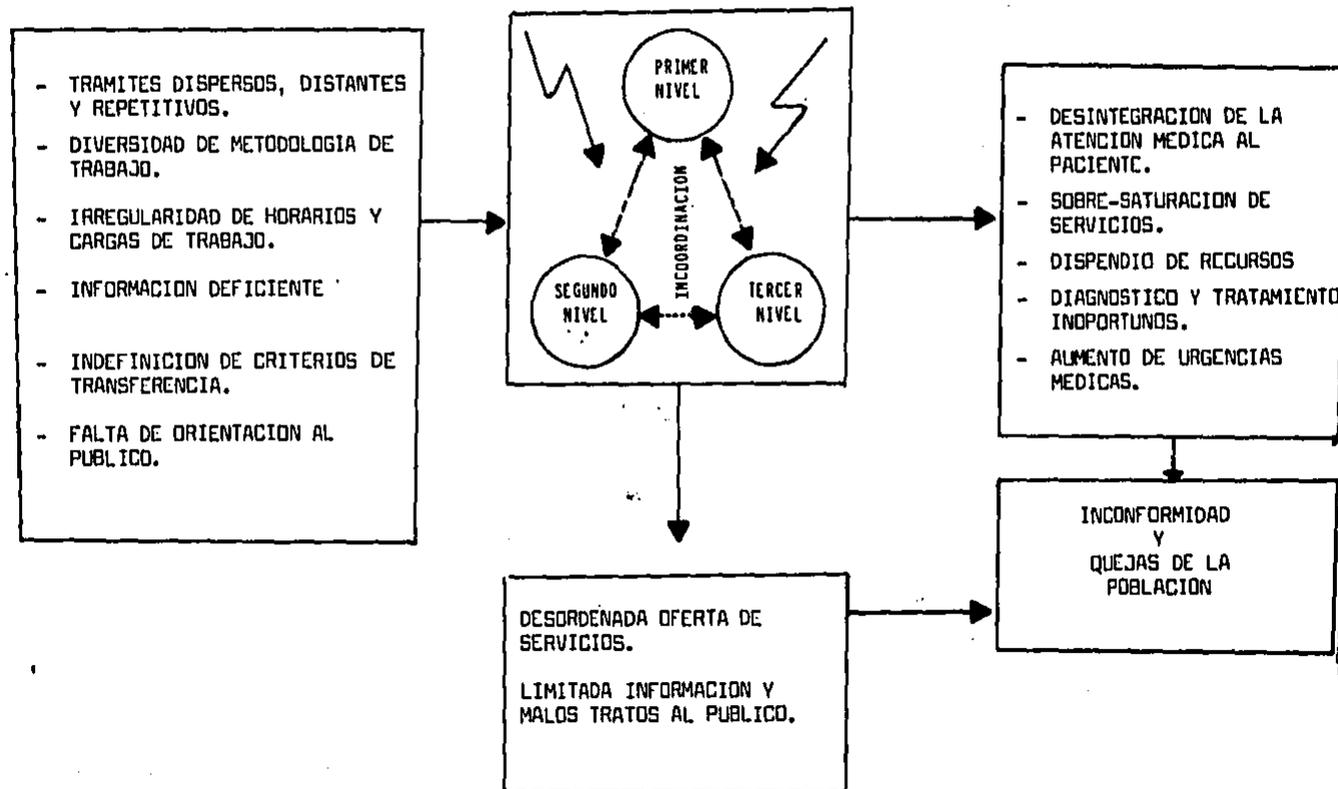
PROBLEMA DE ESTUDIO.

Para cumplir con lo dispuesto en el Programa nacional de Salud - 1984-1988 en lo que se refiere a la consolidación y desarrollo de un Sistema Nacional de Salud, racional y eficiente, la cual se debe organizar en forma estratificada en tres niveles de atención, los cuales se enlacen por un sub-sistema de referencia y contra-referencia que permita a los usuarios su tránsito en ambos sentidos de la red de servicios, se deben revisar los problemas que hoy por hoy imperan en las instituciones y proponer alternativas y estrategias que coadyuven al logro de lo indicado en el programa.

Satisfacer las necesidades de atención médica a la población, ha sido difícil debido a la gama de necesidades del usuario, que constantemente tiene entre otras razones el clamor de la inconformidad por esperas prolongadas y la sentida denigración por las filas (colas) para tramitar una consulta médica. Esto se observa en los tres niveles y al profundizar, se detecta que el personal administrativo que tramita este tipo de operaciones carece de lineamientos que orienten sus acciones ocasionando una incoordinación que se refleja en:

- Tiempo y períodos de espera prolongados.
- Trámites dispersos, distantes y repetitivos.
- Diversidad de metodologías de trabajo.
- Inseguridad de otorgar el servicio por desconocimiento de problemas de necesidades de la unidad médica.

PROCESO DE TRANSFERENCIA



- Irregularidad de horarios y cargas de trabajo
- Información deficiente intra e interinstitucional
- Indefinición de criterios de transferencia administrativa
- Orientación al público confuso por desconocimiento del funcionamiento de otros servicios.
- Desintegración de la atención médica para el paciente.
- Sobresaturación de algunos servicios.
- Dispendio de algunos recursos.
- Diagnóstico y tratamiento inoportuno por lo antes mencionado
- Aumento de urgencias médicas en unidades de segundo o tercer nivel.

Con este enlistado de repercusiones, nace la inquietud de indagar la solución a tal situación, sobre todo cuando se refiere y contra-refiere al usuario de un nivel a otro y considerando que la atención por niveles es una alternativa que promete respuesta a la administración de los servicios médicos. Como se ha descrito en el capítulo I en antecedentes de Atención Médica por Niveles.

Procurando evitar la deshumanización a que está sujeto el usuario - al otorgamiento de servicios y se genera fundamentalmente por el exceso de población usuaria que tiene que atender cada unidad médica.

La distribución de la población es importante por lo tanto se debe zonificar y revisar la carencia de recursos materiales, humanos así como escasez de criterios administrativos para transferir.

Por otro lado, es importante considerar una serie de factores a los que se encuentra sujeto el personal que labora en las unidades, tales como los aspectos de tipo económico, de deficiente preparación-

así como una serie de tensiones propias del medio en que se vive - así como el hecho de que el usuario exige ser tratado adecuadamente

Como ser humano, el individuo no actúa siempre de manera estrictamente racional; por el contrario, el comportamiento humano en el trabajo depende en gran medida de la motivación subjetiva, de las necesidades sentidas por el individuo, así como de los valores que atribuyen a las cosas que lo rodean. Razón por la que nos debemos organizar, coordinar y sincronizar.

PROBLEMA OBJETO DE ESTUDIO

Para facilitar al lector la ubicación de este modelo se selecciona como ejemplo uno de los problemas al cual se enuncia: al gestionar los servicios para la atención médica en cualquiera de los tres niveles se carece de una metodología que unifique los criterios en la transferencia administrativa en cada uno y su relación entre los tres, lo que repercute en los usuarios que reciben servicios médicos inoportunos en el tiempo y período de espera, como ejemplo de este problema se enuncia la hipótesis.

HIPOTESIS

Si la Institución de atención médica tiene lineamientos que guíen los trámites de referencia y contra-referencia administrativa en cada unidad médica y para cada uno de los niveles de atención para obtener consulta médica. El tiempo de espera del usuario se reduce.

VARIABLE INDEPENDIENTE

Instrumento operativo con lineamientos que simplifiquen los trámites administrativos durante la transferencia para cada nivel.

VARIABLE DEPENDIENTE

El tiempo de espera será con oportunidad y seguridad.

La selección del problema y el planteamiento de la hipótesis como es la reducción del tiempo de espera es sólo un ejemplo de la utilidad del modelo que se propone como estrategia para la solución de varios problemas que se encuentran encadenados, porque así como se reduce el tiempo de espera se desprende la solución para otros problemas enlistados. Los trámites administrativos con una guía no hay dispersión ni repetición de acciones engorrosas y se unifica la metodología del trabajo en cada nivel y en cada unidad, la inseguridad se evita al sentir el usuario atención oportuna inmediata así se podría ir dando respuesta a cada situación.

Se describen los indicadores de cómo se mediría cada variable de la hipótesis del ejemplo descrito.

INDICADORES PARA LA VARIABLE INDEPENDIENTE.

INSTRUMENTO OPERATIVO.

Guía que sirve para dirigir cada una de las acciones físicas o mentales, pasos o etapas que es necesario ejecutar para llevar a cabo una actividad o labor determinada.

CRITERIOS DE OPERACION PARA LA SIMPLIFICACION ADMINISTRATIVA

1. PACIENTE DE PRIMERA VEZ

Se considera al que no ha hecho uso del servicio médico y no tiene expediente en la unidad médica que le corresponde, al programar su consulta se le indica el trámite administrativo- además se le informa que confirme su cita, en el día, hora, y fecha indicada por el médico para la subsecuente.

2. PACIENTE SUBSECUENTE

Es el que tiene registro y expediente clínico en la unidad - médica que le corresponde, y que ya ha tenido la asignación- del médico y turno.

3. CITA TELEFONICA

Es cuando la recepcionista recibe la solicitud proporcionán- dolo información correcta y oportuna. esta información debe rá ser anotada por la recepcionista en la agenda del médico- en el orden de cada una de las columnas.

4. CITA PERSONAL

Es cuando el paciente se presenta con la recepcionista y lo recibe en forma cortés y amable; le solicita el carnet de - citas revisando la fecha de caducidad de la vigencia de de- rechos y anotará la cita en la agenda y en el carnte de --- citas.

En caso de no estar vigente el carnet, se hace lo antes mencionado y se le pide que pase al departamento de vigencia de derechos o Trabajo Social para que sellen dicho carnet.

5. CITA PREVIA

Es a solicitud del médico, indicando el día aproximado en que el paciente debe presentarse a recibir nuevamente consulta.

6. CARNET DE CITAS MEDICAS

Es el comprobante de registro, secuencia de vigencia de derechos, y recordatorio de cita del paciente; teniendo validéz en todas las unidades médicas de la Institución para efecto de programación de citas.

7. LLENADO DE AGENDA DE PROGRAMACION

La agenda se usa en la unidad de Programación y Transferencia para la programación de consulta por día, turno, hora y médico aprovechando toda la capacidad disponible.

A las 17:00 horas se procede a vaciar la información en la hoja de informe separando las hojas de la agenda de cada uno de los médicos, para después anotar en la hoja de registro estadístico los datos requeridos por dicho control.

8. DISTRIBUCION DE CITAS

La distribución de citas se efectuará en las agendas teniendo en cuenta los paquetes y el tipo de solicitud.

1. La cita de primera vez, será una por cada hora de consulta del médico.
2. Las citas previas, serán distribuidas de la siguiente manera:

a) CITA DE MAXIMA PRIORIDAD

- En la agenda del médico general, se puede anotar un máximo de dos citas de prioridad.
- Un médico general, de 4 ó 5 horas de consulta se puede utilizar un máximo de 3 citas de prioridad.
- Un médico general con 6 horas de consulta puede programar un máximo de 4 citas de prioridad.

9. HORARIO DE CITAS

Las citas se darán por grupos de cuatro pacientes para medicina general y de tres pacientes para odontología.

Para fijar el horario de cada grupo, deberá seguirse el siguiente procedimiento:

- a) El primer paquete se cita 15 minutos antes del inicio de la consulta. ejemplo:

turno "A" (8:00 a 12:00) . . . 7:45 horas
turno "B" (12:00 a 16:00) . . . 11:45 horas
turno "C" (16:00 a 20:00) . . . 15:45 horas

- b) El segundo paquete se cita 30 minutos después de iniciada la consulta. ejemplo:

turno "A" . . . 8:30 horas
turno "B" . . . 12:30 horas
turno "C" . . . 16:30 horas

- c) Y los siguientes paquetes se citan con una hora de separación excepto los dos últimos que se citan juntos. -
ejemplo:

turno "A" . . . 9:30 horas

10. MEDICO AUXILIAR

Es el elemento que permite ofrecer al usuario la garantía de obtener una consulta siempre que sea requerida, por lo que no debe dar citas subsecuentes con objeto de estar siempre en posibilidades de atender la consulta excedente programada y de urgencia y estará a disposición de la Dirección para resolver los problemas de consulta que se presenten.

Atenderá consulta rápida, fluida, no elaborando historias clínicas, dando tratamiento para 24 ó 36 horas máximo, así como el mínimo de incapacidades según la severidad del padecimiento.

11. LLENADO DEL INFORME DIARIO DE LABORES DEL MEDICO.

Esta forma es utilizada para conocer el número y tipo de consultas otorgadas por médico. Sirve además para el control de la entrega y devolución de expedientes clínicos de consulta.

La forma la elabora la Unidad de Programación y Transferencia en original y tres copias.

12. CONSULTA INMEDIATA

La consulta inmediata, anteriormente conocida como extemporánea, es el recurso que tiene la unidad para satisfacer la demanda de consulta, y pueda ser solicitada como urgencia.

13 CONFIRMACION DE CITAS

La confirmación de citas, se realiza el día y a la hora en que fué citado el paciente.

La recepcionista solicitará en forma amable el carnet

14 SOLICITUD DE CONSULTA PROGRAMADA DE LA UNIDAD DE PRIMER NIVEL A OTRA UNIDAD.

La solicitud de consulta de especialidad, se programa en otra unidad de persona a persona responsable de la unidad de Programación y Transferencia por teléfono.

15 CANCELACION DE CONSULTA

Sólo la Dirección o Subdirección de las Unidades, están facultadas para cancelar la consulta a un paciente o transferirle - de la programación de un médico a otro.

Para la comprobación de la hipótesis se propone en el siguiente - capítulo el modelo, así como su operacionalización.

INDICADORES DE LA VARIABLE DEPENDIENTE Y SUS DEFINICIONES

Tiempo de espera = Duración en minutos que se permanezca en un sitio donde se cree que ha de ser atendido por alguien de una necesidad..

Tiempo mínimo	Tiempo normal	Tiempo máximo
0 20'	21'-39'	41' - 60'

Oportunidad = Proporcionar los servicios en el momento y - lugar donde se solicite.

Seguridad = Confianza, tranquilidad de una persona por - ser atendida con oportunidad.

CAPITULO III

DESCRIPCION DEL MODELO DE TRANSFERENCIA EN LOS TRES NIVELES DE ATENCION

Se concibe el modelo como la "duplicación gráfica o simbólica de una realidad empírica o de una teoría científica".¹⁹ En este trabajo es precisamente la representación gráfica la que permite apreciar - la relación y la integración entre los elementos que propician el - enlace entre un nivel y otro ya que es tan variada y compleja la - atención médica y como se interrelaciona la morbilidad y su frecuencia; complejidad y tecnología sanitaria y médica tanto básica como complicada y es producto de la interrelación entre la realidad y - teoría.

La complejidad del Sistema de Atención Médica se hace mayor por la interacción de lo biológico, lo psicológico y lo social, lo cual - hace difícil una esquematización, sin embargo el modelo que se propone, parte de hechos reales que fueron identificados en el estudio descrito en el marco teórico, las experiencias sobre la tramitación administrativa en cada unidad; con esa base se desarrolla el presente paradigma pero buscando el enlace entre un nivel y otro.

19 CORDERA P. Armando, modelos de Asistencia de Atención Médica. Revista de Salud Pública México. Vol. 28 N° 3, 1986 pag. 231

El funcionamiento del modelo está inspirado en la operación de una agencia de viajes en donde el usuario solicita el servicio y recibe amabilidad y cortesía por parte de la organización, ya que quienes realizan las operaciones son los responsables de hacer la gestoría del usuario. La garantía de este modelo, es la simplificación administrativa, reforma que se ha venido gestando desde 1965, como lo describe el Dr. Carrillo Castro en su conferencia internacional para el mejoramiento de la gestión pública y sus funciones, celebrada en Washington, D.C. en 1979, en donde se propone la "Reforma de Ventanilla en México" que se refiere a la atención directa al público, que es una de las prioridades en la estrategia de implantación de las medidas de reforma en los trámites y a la atención que se otorga a los ciudadanos y a la población en general que acude a las oficinas públicas.²⁰ Con frecuencia resulta más fácil hablar de los síntomas de este problema que detectar sus causas y aun de atacarlos con eficacia, aunque también es cierto que muchos problemas se originan por la existencia de trámites obsoletos y mal diseñados o por la multiplicación de niveles de decisión que intervienen en la solución de un mismo asunto.

El Dr. Carrillo Castro en su libro *La Reforma Administrativa en México*, describe las recomendaciones en torno a "ocho subprogramas de aplicación general para dar solución al problema del trato del usuario en el uso de los servicios públicos" entre los cuales se encuentran los de atención médica. Los ocho subprogramas se titulan:

20 CARRILLO C. Alejandro La Reforma de Ventanilla en México Conferencia Internacional para el Mejoramiento de la Gestión Pública y sus Funciones, Washington, D.C. Pag. 245 1979.

21 CARRILLO C. Alejandro La Reforma Administrativa en México Evolución de la Reforma Administrativa en México. 1971-1979 Edit. Porrúa México pag. 250

1. El de orientación e información al público, para lo cual se instalaron casetas con agentes de información en todas las oficinas de gobierno.
2. El de difusión de derechos y obligaciones del ciudadano entorno de los principales trámites y servicios que este soli cita de las oficinas públicas.
3. El de mejoramiento del medio ambiente laboral y de las áreas de atención al público.
4. El de capacitación y sensibilización del servidor público.
5. El de simplificación de trámites y procedimientos.
6. El de desconcentración administrativa.
7. El de captación de quejas y sugerencias; y
8. El de adecuación de instrumentos jurídicos que se requieren para la simplificación de los trámites.

Estos subprogramas fueron aplicados por indicación presidencial - para todas las Instituciones públicas, además con el compromiso de que cada dependencia haría una difusión permanente de los trámites que fuesen simplificando y de los problemas que fuesen resolviendolo que dió origen a la reforma de ventanilla. En el Programa Nacional de Salud 1984-1988 se establece como una de las estrategias - instrumentales, complementarias e interdependientes entre sí, la -

Modernización Administrativa. Esta estrategia consiste en la articulación del Sistema Nacional de Salud y en hacer más racionales la estructura y el funcionamiento de las entidades a fin de que cumplan mejor sus cometidos. Para ello, se identifican áreas de atención prioritaria, como: mejoramiento y racionalización de los servicios al público para lograr estas áreas. También se definieron líneas de acción, por ejemplo:²²

- Establecer o actualizar políticas, metodologías, estrategias, sistemas y procedimientos para lograr la adecuada instrumentación del Plan Nacional de Desarrollo, a través de los programas de mediano plazo, operativos anuales y presupuestos en sus niveles sectorial, regional e institucional.
- Simplificar sistemas y procedimientos y organizar racionalmente los servicios de atención al público y los apoyos internos, para el desempeño eficaz y honesto de las funciones correspondientes.
- Establecer y desarrollar acciones tendientes a eliminar y evitar la aparición de conductas inconvenientes y deshonestas de los servidores públicos con los demandantes y usuarios de los servicios.
- Estimular la participación popular en la vigilancia de los servicios y crear las unidades específicas, así como mejorar los ya existentes para que el público pueda pre-

presentar quejas y denuncias por incumplimiento de las obligaciones de los servidores públicos y mala calidad de los servicios.

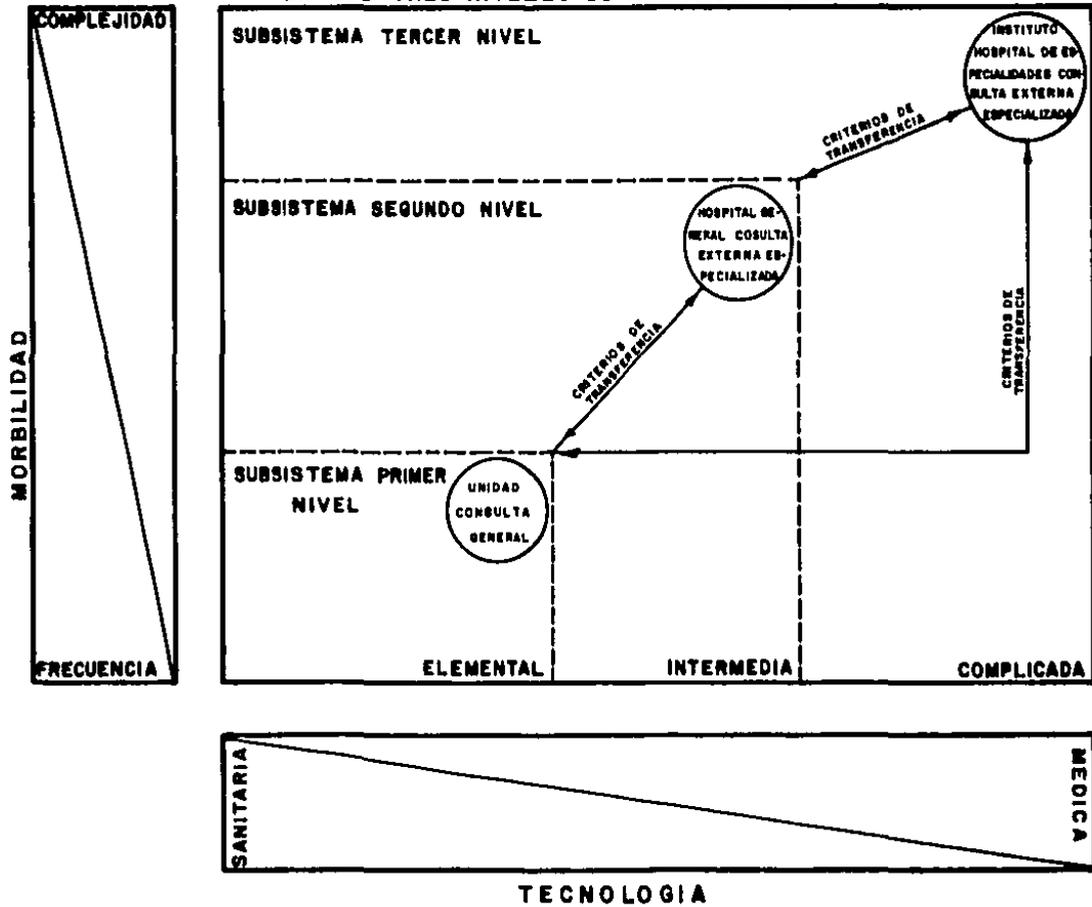
El modelo para facilitar su comprensión se describe en:

- Gráfica del modelo (figura Nº 1)
- Lineamientos Generales del Modelo
- Flujograma de referencia y contra-referencia
- Objetivos y Estrategias
- Políticas de Operación.
- Criterios de Transferencia Administrativa
- Esquema Operativo de la Unidad de Programación y Transferencia (U.P.T.)
- Funciones de la U.P.T.
- Organigrama
- Responsabilidad Operativa por área de mando
- Proceso de Control se anexan algunas formas para este fin.
- Guía de Supervisión.
- Encuesta para evaluación de la programación de consulta médica de primera vez.
- Manual Operativo para el Proceso de Tramitación (anexo)

LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA OPERACION DEL MODELO.

DEFINICION Conjunto de procedimientos estandarizados que sirven -- para el envío y recepción de usuarios a las unidades de atención mediante una red organizada en función de la regionalización de los servicios para el área urbana.

MODELO
SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
EN LOS TRES NIVELES DE ATENCION MEDICA



OBJETIVOS GENERALES

1. Mantener la Coordinación y sincronización de las unidades médicas en los niveles que componen el sistema de una región.
2. Simplificar los mecanismos de envío de recepción y regreso del usuario demandante.
3. Asegurar el seguimiento del usuario que demande el servicio para su atención integral y correcta.

Para la implementación del sistema de referencia y contra-referencia es necesario:

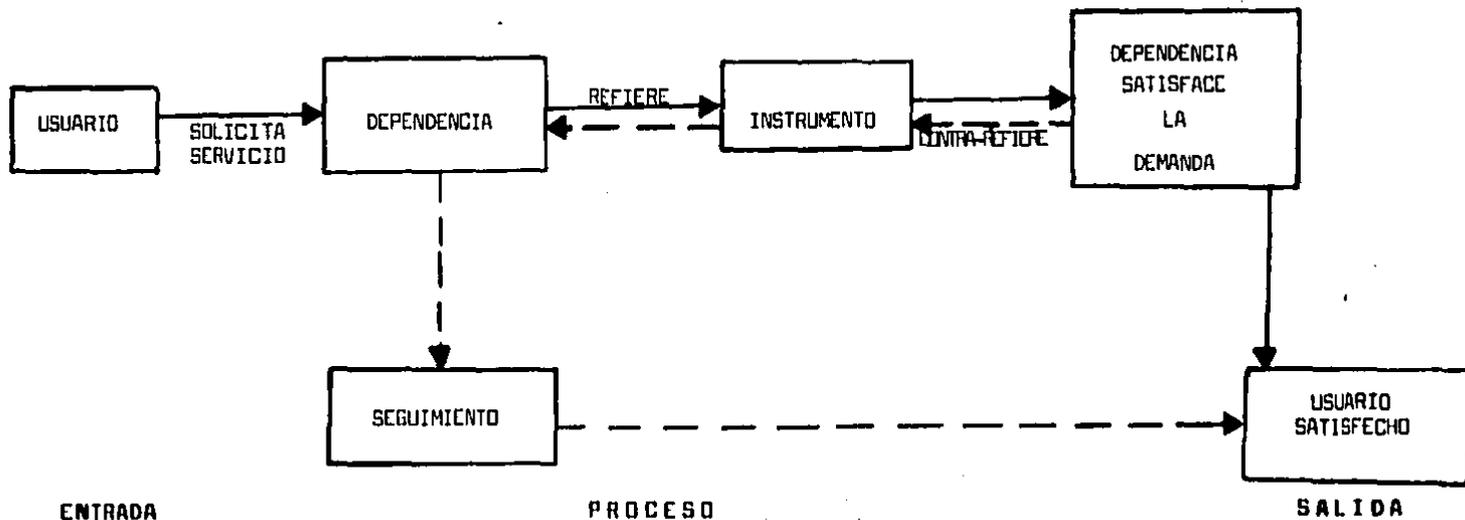
- a) Establecer un directorio de servicios de prestación médico-social.
- b) Con base en la demanda, establecer los servicios de acuerdo a la frecuencia y complejidad.
- c) Estructurar la regionalización de los servicios.
- d) Operacionalizar una Guía con la descripción de acciones sobre el funcionamiento en cada nivel.

PROCEDIMIENTO

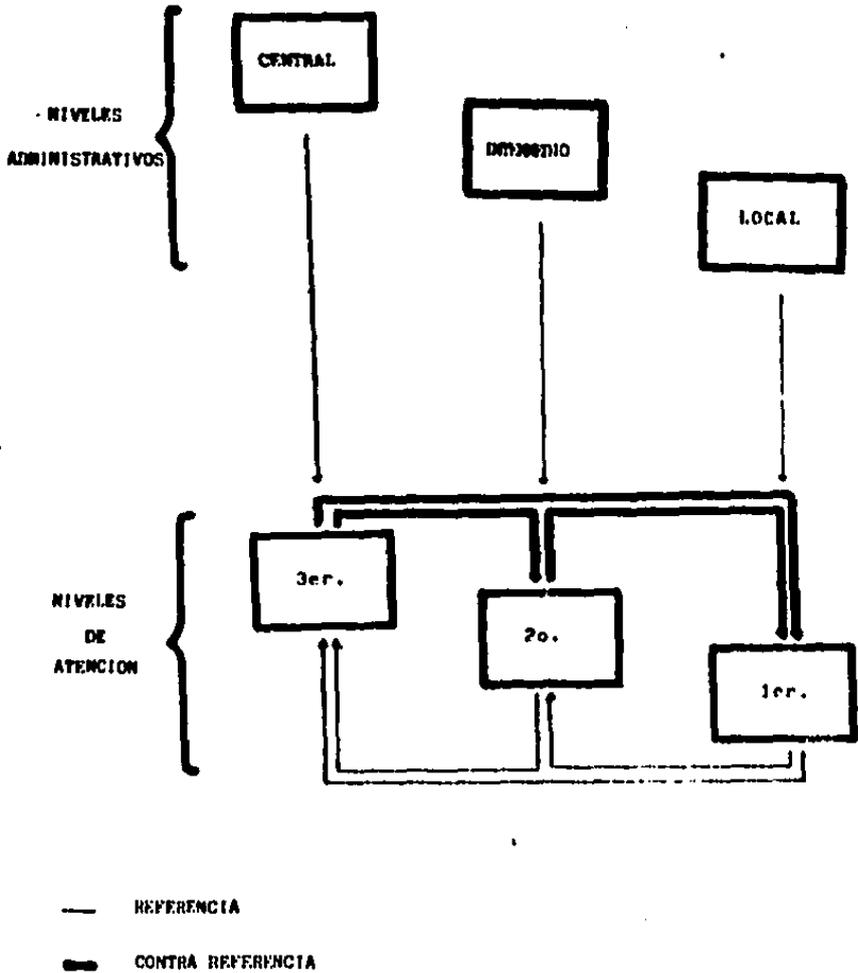
- 1) Los trámites administrativos para la transferencia de usuarios se apegarán al funcionamiento de la institución previa orientación.
- 2) Para tramitar de una unidad o institución que el usuario requiera, se deberá canalizar a través de una forma de referencia y contra-referencia (propuesta anexa)

- 3) Todo individuo que sea transferido a cualquier servicio en otra dependencia, se le informará que lleve consigo la forma oficial, para su identificación y referencia o contra-referencia.
- 4) Al momento de referirse el usuario, se notificará por vía telefónica a la dependencia correspondiente del envío para que tenga conocimiento de la llegada del usuario.
- 5) La dependencia que reciba al enfermo suministrará los servicios solicitados, según sea el caso.
- 6) Si es necesario el regreso del usuario a la dependencia original para su seguimiento, se contra-referirá con la misma forma que se envió con el resumen clínico.
- 7) La dependencia original que reciba como contra-referencia al paciente, realizará su seguimiento y suministrará la atención necesaria.

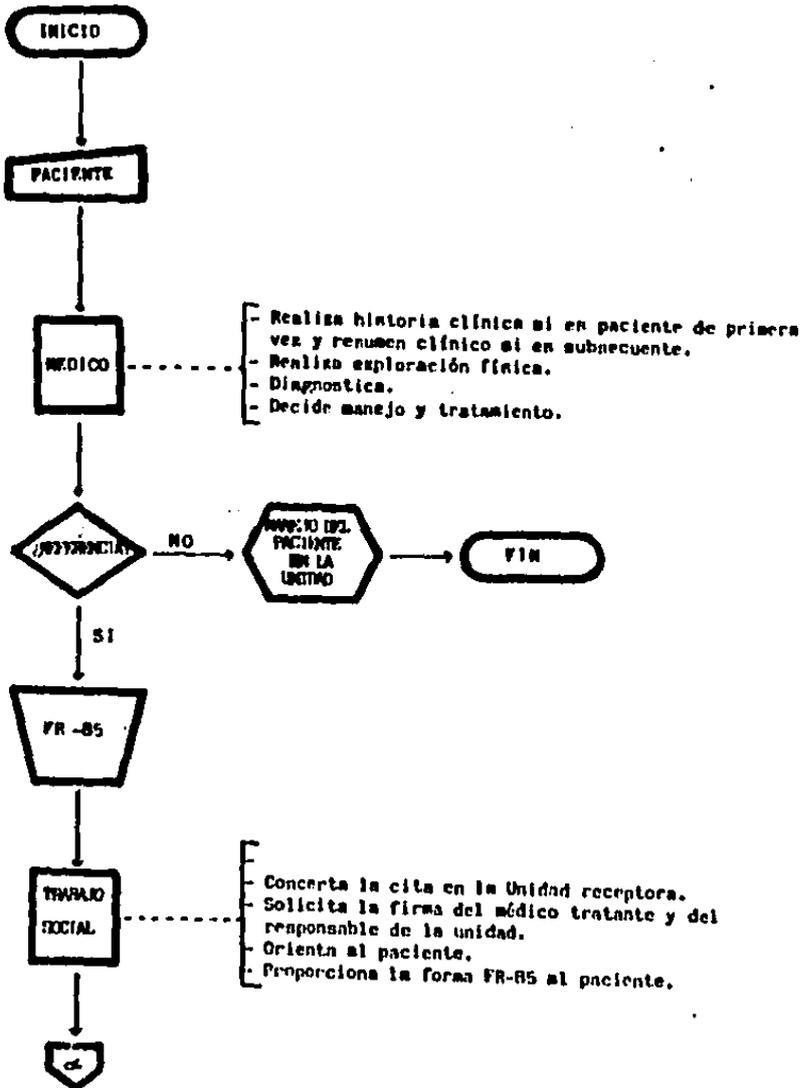
FLUJOGRAMA DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA



REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA DE PACIENTES
POR NIVELES DE ATENCION



FLUJOGRAMA EN LA UNIDAD SECTORA
REFERENCIA



FLUJOGRAMA EN LA UNIDAD RECEPTORA
REFERENCIA ORDINARIA



- Verifica la FR-RS.
- Entrega el Carnet.
- Orienta al paciente.



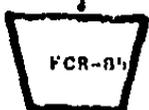
- Abre el expediente del paciente.



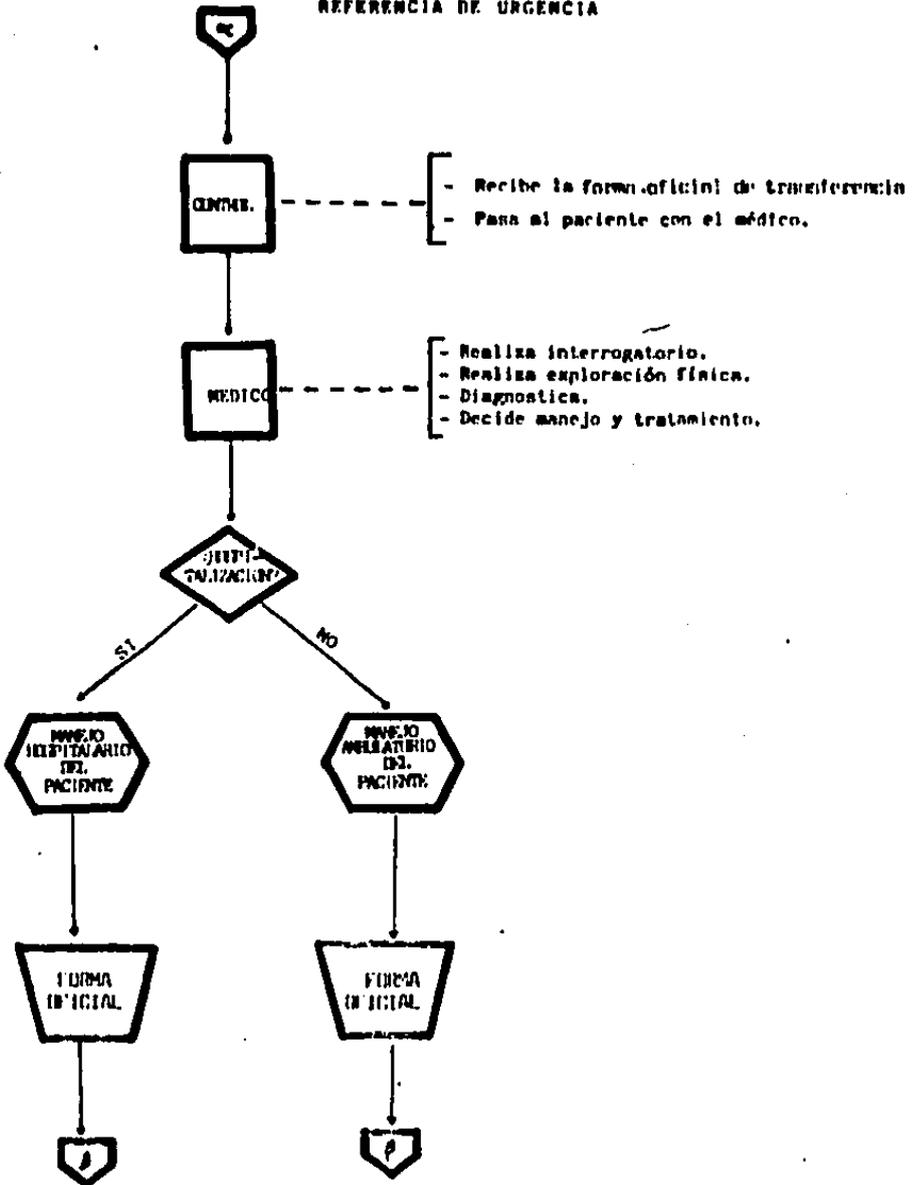
- Verifica la cita.
- Consigue el expediente único del paciente.
- Pasa al paciente con el médico, junto con el expediente clínico y la FR-RS.



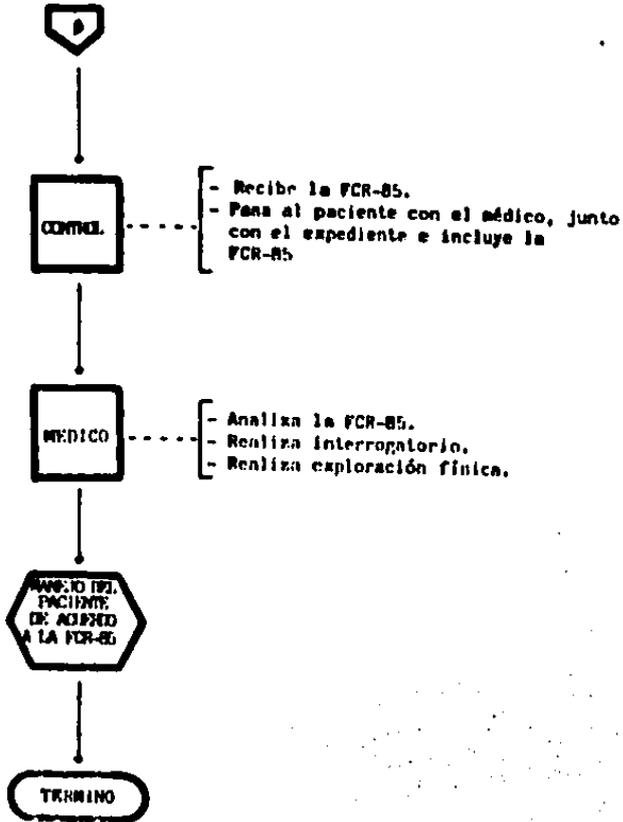
- Realiza historia clínica si es paciente de primera vez y resumen clínico si es subsecuente.
- Realiza exploración física.
- Diagnóstica.
- Decide manejo y tratamiento.



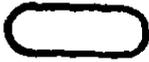
FLUJOGRAMA EN LA UNIDAD RECEPTORA
REFERENCIA DE URGENCIA



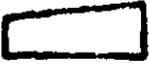
CONTRARREFERENCIA



SIMBOLOGIA



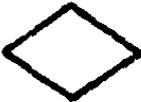
INICIO O TERMINO



ENTRADA DE ELEMENTOS AL SISTEMA



FUNCIONES



DECISION



PROCESOS PREDEFINIDOS

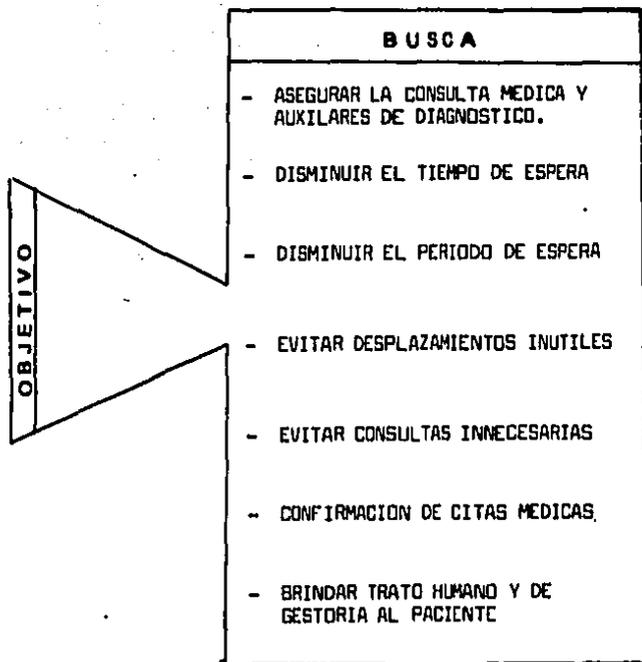


OPERACION MANUAL (TRAHITE)

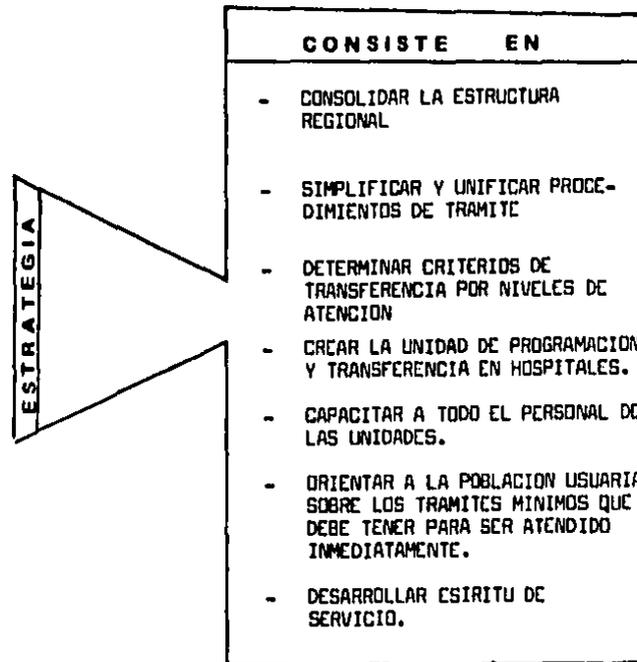


CONECTOR

OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS



EN LOS DISTINTOS NIVELES DE ATENCION



POR MEDIO DE TELECOMUNICACION

POLITICAS DE OPERACION

1. Evitar que el usuario sea el gestor de los servicios, brindándole en cambio, amabilidad y comodidad en el trámite de los mismos, teniendo como parte fundamental el CARNET de citas médicas, los criterios de transferencia para el enlace regional y la gestoría telefónica.
2. Organizar y orientar al usuario, a través del personal de recepción, trabajo social y módulos de orientación y trámite o queja para que confiando en que recibirá el servicio evite las aglomeraciones y desplazamientos inútiles.
3. Crear e instrumentar en cada unidad médica, clínica, hospital o Instituto una unidad para las funciones de recepción, información y programación, transferencia de servicios de consulta y confirmación para el usuario.
4. Apoyar la consolidación de la estructura regional mediante supervisión y evaluaciones periódicas.
5. Programar los servicios de consulta externa solicitada por teléfono y personalmente.
6. Utilizar en forma regulada, el total de las horas médico y la capacidad instalada de los auxiliares de diagnóstico.
7. Distribuir las consultas en el horario de cada médico y propiciar su puntualidad y presencia.

8. Evitar toda rigidez en la presentación de los servicios.
9. Evitar los cuellos de botella: vigencia de derechos, si existen, Archivo Clínico, Farmacia, Laboratorio, Rayos X etc.
10. Mantener la disponibilidad permanente de personal médico, para resolver las fluctuaciones, circunstanciales de capacidad y de servicios. Así también buscar el equilibrio entre el número de solicitudes y la capacidad de los auxiliares de diagnóstico.
11. Mantener un programa permanente de capacitación en comunicación y relaciones humanas para el personal que integre la operación.

CRITERIOS DE TRANSFERENCIA ADMINISTRATIVA

- Crear una unidad de programación y transferencia (U.P.T.) en cada unidad médica y en cada nivel de atención médica.
- Todo usuario para tramitarle consulta de especialidad en otra unidad, debe ser canalizado por el médico general de su unidad médica de 1er. nivel, a través de una forma que la Institución oficialice.
- Toda solicitud de consulta de especialidad de primera vez que requiera ser transferida a otra unidad, será tramitada por la unidad de programación y transferencia.

- Toda solicitud de Rayos X y otros estudios, debe ser tramitada por la Unidad de Programación y Transferencia de la Unidad Médica de Primer Nivel para la Unidad de Segundo y Tercer Nivel.
- Toda solicitud de laboratorio debe ser regulada por la U.P.T. de la unidad médica de primer nivel tomando en cuenta el volumen asignado por la unidad de apoyo.
- Las citas de especialidad o de estudios se harán por el personal de la U.P.T. de la unidad de primer nivel en el momento en que el paciente se presenta después de haber tenido la consulta médica con su solicitud dentro del horario establecido.
- La recepcionista de la U.P.T. del segundo o tercer nivel solicitará correctamente al paciente el carnet de citas médica y/o el pase de interconsulta (formato de referencia), a la especialidad, para la programación de su próxima cita.
- El carnet será el documento formal del paciente para recibir la atención médica.
- Para la atención de consulta de Especialidad, Laboratorio y Rayos X otorgada en otra unidad, el personal de la U.P.T. proporcionará al paciente información vasta y suficiente para la obtención del servicio deseado. (como ejemplo se explicará la ubicación, horario y las condiciones físicas en los que se debe presentar)

- Todo paciente que sea transferido a consulta de Especialidad se le informará que lleve consigo su carnet de citas y su "pase" formato de referencia.
- La programación de consultas de especialidad o de estudios será de las 9:00 a las 19:00 horas en la U.P.T. de la unidad de primer nivel a la consulta externa de especialidad, en donde se dispondrá de líneas telefónicas expreso.
- La verificación de servicios en las unidades de apoyo se hará de las 10:00 a las 16:00 horas, por la unidad de primer nivel.
- Las unidades de especialidad y las de consultas externas de los hospitales, dispondrán de personal vespertino en sus U.P.T.
- El horario de confirmación de citas será en el turno vespertino de las 15:00 a las 19:00 horas en la U.P.T. de la unidad de primer nivel para los pacientes transferidos por primera vez.
- Los usuarios podrán llamar por teléfono a la unidad de primer nivel para confirmar su cita de especialidad o estudio con un día hábil de anticipación.
- Para dar la confirmación de cita al paciente, las recepcionistas de la unidad de primer nivel solicitarán telefónicamente a su unidad de apoyo, la información de eventualidades en sus servicios. En esta forma evitarán consultas inútiles en la unidad de primer nivel.

- Las consultas subsecuentes de especialidad, serán programadas por la U.P.T. de la unidad que otorgue el servicio.
- Las U.P.T. dispondrán de toda la información necesaria para brindar un mejor servicio al público usuario.
- Los pacientes que se presenten con problemas que ameriten atención de urgencias serán atendidos inmediatamente sin- previa programación a la hora que se solicite.
- A juicio del médico tratante o del Director , el "pase" se acompañará de los resultados de laboratorio o gabinete- que faciliten la atención del paciente y para que en forma secundaria, ahorren recursos.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

-79-

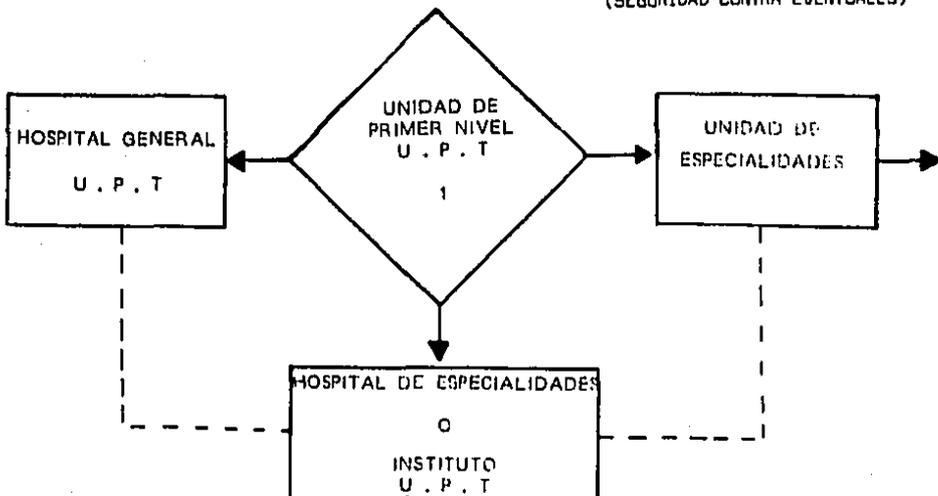
**ESQUEMA OPERATIVO
UNIDAD DE PROGRAMACION Y TRANSFERENCIA
(U . P . T)**

SOLICITA
ATENCION MEDICA
INFORMACION



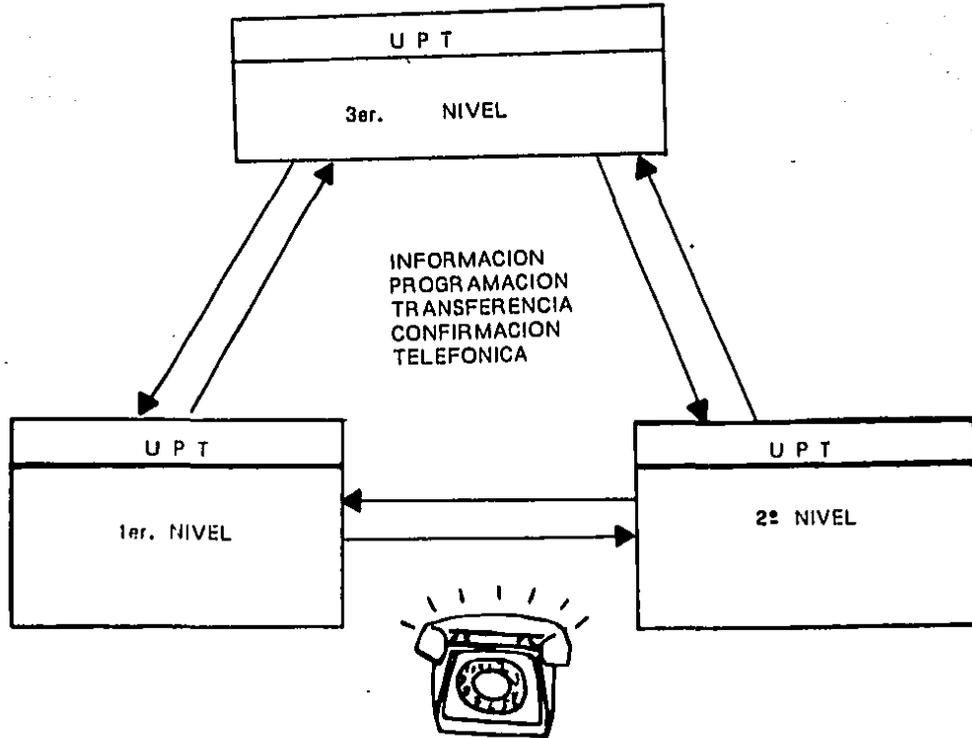
OBTIENE

- ATENCION MEDICA
 - a) INMEDIATA
 - b) PROGRAMADA
 - CONSULTA Servicios Auxiliares de Diagnóstico
 - REFERENCIA A OTRA UNIDAD
 - CONSULTA Servicios Auxiliares de Diagnóstico
 - a) Urgencia
 - b) Programada
 - INFORMACION
 - a) General
 - b) Cont. de cita.
- (SEGURIDAD CONTRA EVENTUALES)

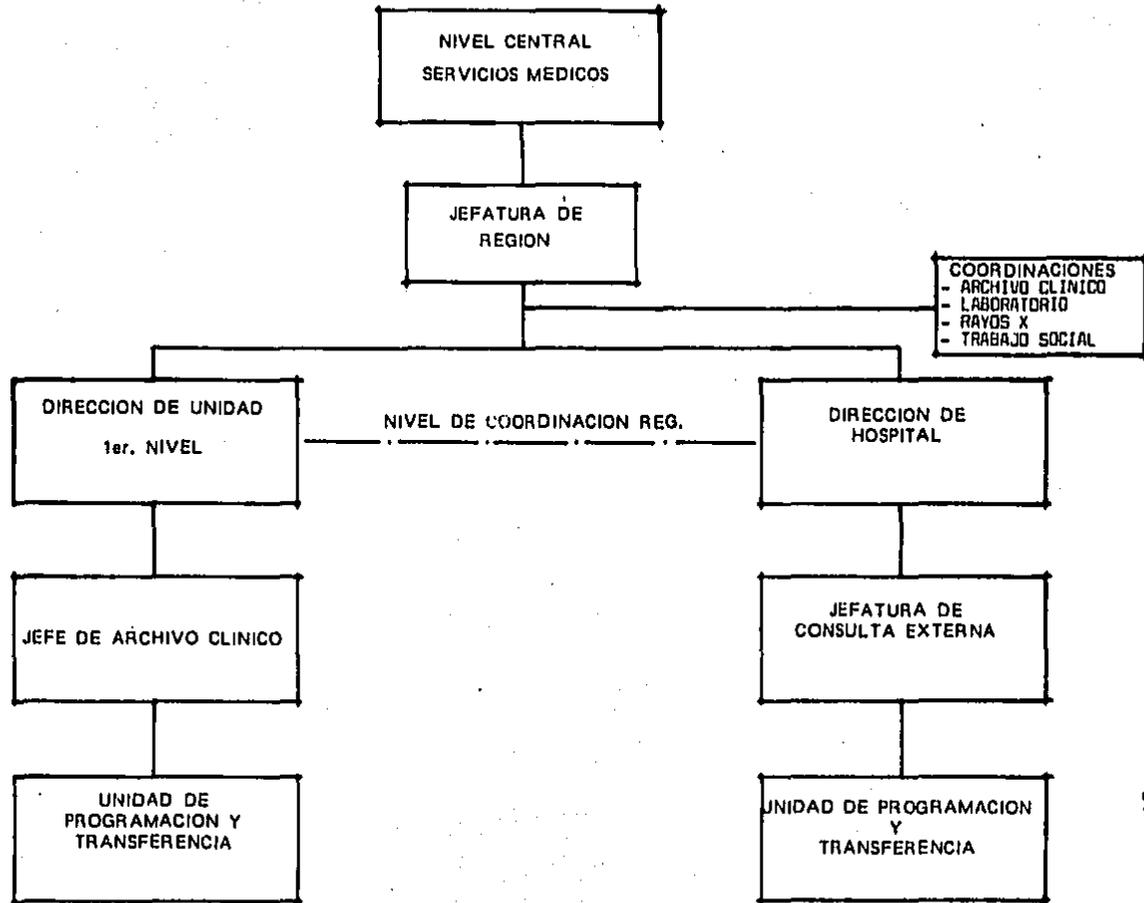


FUNCIONES

UNIDAD DE PROGRAMACION Y TRANSFERENCIA (U.P.T.)



Cita Programada Telefónica



RESPONSABILIDAD OPERATIVA POR AREA

1. AMBITO MACRO-ADMINISTRATIVO

- 1.1 SUBDIRECCION DE LOS SERVICIOS MEDICOS. - Responsable de la --
Dirección del Progra
ma Prioritario del -
Sistema de Enlace -
Regional de la Cita-
Programada Telefónica
- 1.2 JEFATURA DE REGION - Responsable de vigi-
lar la implantación-
instrumentación y -
control del Sistema-
en su Región de -
influencia.
- 1.3 SUPERVISION DE LOS SERVICIOS MEDICOS. - Responsable de la -
Normatividad interna
planeación y evalua-
ción específicas en-
la etapa de implanta-
ción del Sistema. -

2. AMBITO MICRO-ADMINISTRATIVA

- 2.1 DIRECTOR DEL HOSPITAL - Responsable de la -
implantación, instru-
mentación y control-
del Sistema de enlace
Regional de la cita-
programada telefónica
en su Unidad, confor-
me a la aplicación -

de los criterios institucionales de transferencia de pacientes por niveles de atención.

- Responsable de la integración y coordinación intra e inter regional.

2.2. DIRECTOR

- Responsable de la implantación, instrumentación y control del sistema en su unidad conforme a la aplicación de los criterios de transferencia de pacientes por niveles de atención..

- Interviene en la integración y coordinación intra e inter-regional

2.3 JEFE DE LA CONSULTA EXTERNA DE HOSPITAL

- Responsable, directo por delegación de la implantación y desarrollo del sistema en el Hospital, así como de la coordinación intra e inter-regional del sistema de acuerdo a los criterios de transferencia establecidos.

2.4 JEFE DE ARCHIVO CLINICO

- Responsable directo por unidad de la implantación y desarrollo del subsistema con intervención en la coordinación intra e inter-regional.

2.5 UNIDAD DE PROGRAMACION Y
TRANSFERENCIA DE HOSPITALES

- Responsable en la operación
del sistema de los registros
y control e información.

Para facilitar el proceso de control del sistema se proponen algunos
formatos así como esquemas.

PROCESO DE CONTROL

AREA DE RESPONSABILIDAD	FUNCIONES	ACTIVIDADES	FUENTE	PERIODICIDAD
-SUBDIRECCION DE LOS SERVICIOS MEDICOS NIVEL CENTRAL . -JEFATURA DE REGION	DIRECCION PLANEACION PROGRAMACION	- TOMA DE DECISIONES	- CONCLUSIONES DE LA EVALUACION DE RESULTADOS.	- TRIMESTRAL
-SUPERVISION DE LOS SERVICIOS MEDICOS	EVALUACION	- DIAGNOSTICO Y ALTERNATIVAS DE SOLUCION	- RESULTADOS PROCESADOS.	- TRIMESTRAL
-MONITORES SUPERVISION REGIONAL	SUPERVISION INDIRECTA.	- VERIFICACION Y ANALISIS DE LA SUPERVISION DIRECTA.	- INFORMES DE LA SUPERVISION DIRECTA Y OBSERVACION CONTROLADA.	- MENSUAL
-COORDINACION DE ARCHIVOS CLINICOS	SUPERVISION DIRECTA	- VIGILANCIA DE LOS PROCEDIMIENTOS - CORRECCION DE ERRORES - REORIENTACION DE ACTITUDES DEFECTIVAS	- REGISTROS DE OPERACION Y OBSERVACION-DIRECTA DEL TRABAJO.	- QUINCENAL
-J.F.T. DE CLINICAS Y HOSPITALES	GESTIONIA TELEFONICA	- PROGRAMACION DE SERVICIOS. - TRANSFERENCIA DE PACIENTES. - COMUNICACION DE SERVICIOS	- MANUAL DE PROCEDIMIENTOS SEMI-CONTROL	- CONTINUA + PLANIFICACION.

CIRCUNSTANCIAL
Por magnitud y trascendencia del problema y nivel jerárquico de solución

FORMATOS QUE APOYARAN LA RETROALIMENTACION EN EL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA

La forma que se titula "Supervisión de la Programación de Servicios Médicos en Paciente Ambulatorio", nos ayuda a obtener información de orden cuantitativo como cualitativo para un análisis general - y particular del sistema como de cada procedimiento para buscar - soluciones a los obstáculos y ampliar las bondades de los que se - encuentran operando como se ha escrito en el manual operativo, - ésto ayudará a tener elementos de juicio con el fin de ofrecer - sugerencias o recomendaciones para:

- a) Eliminar o corregir el o los problemas identificados.
- b) Optimizar los recursos humanos, materiales o financieros

La guía de supervisión directa es otro instrumento que tiene las - mismas características descritas.

Para conocer la opinión que el usuario tiene sobre la manera que - ha sido atendido, se aplicará un cuestionario cerrado.

Todo esta información ayudará al buen funcionamiento de la propuesta de referencia y contra-referencia.

Se menciona el contenido del manual operativo el cual se anexa - al final de este estudio.

SUPERVISION DE LA PROGRAMACION DE SERVICIOS MEDICOS AL PACIENTE AMBULATORIO

UNIDAD:

FECHA:

SEM-CIPROTEL			
Nº DE CAPACIDAD	PROCEDIMIENTO	SITUACION	
		C	I
I	PROGRAMACION DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ SOLICITUD PERS. SOLICITUD TELEF.		
II	PROGRAMACION DE CONSULTA SUBSECUENTE SOLICITUD PERS. SOLICITUD TELEF.		
III	CITA PREVIA		
IV	ELABORACION DE CARNET DE CITAS MEDICAS.		
V	LLENADO DE AGENDAS DE PROGRAMACION		
VI	DISTRIBUCION DE HORARIOS DE CITAS.		
VII	LLENADO DE LA FORMA SM-10-1 INF. DIARIO DE LABORES MEDICO		
VIII	PROGRAMACION DE ESTUDIOS DE RX Y OTROS GABINETES		
IX	REGULACION DE ESTUDIOS DE LABORATORIO.		
X	SOLICITUD DE CONSULTA DE ESPECIALIDAD DE PRIMERA VEZ O A LA U.P.T. DE HOSPITAL O CLINICA DE ESPECIALIDAD.		
XI	CONFIRMACION DE SERVICIOS DE ESPECIALIDAD A LOS DERECHO HABIENTES.		
XII	CONFIRMACION DE SERVICIOS DE ESPECIALIDAD EN LA UPT U.A..		
XIII	CONSULTA INMEDIATA		
XIV	CONSULTA DE URGENCIA		
XV	CANCELACION DE CONSULTA		

URGENCIAS			
Nº DE CAPITULO	PROCEDIMIENTO	SITUACION	
		C	I
I	RECEPCION PARA LA ATENCION MEDICA Y CANALIZACION AL PACIENTE DE URGENCIAS		
II	MANEJO DE PAPELERIA MEDICA Y ADMINISTRATIVA. (FORMA SM-I-20)		
III	MANEJO DE LA LIBRETA DE CONTROL		
IV	MANEJO DE RECETARIOS		
V	MANEJO DE INCAPACIDADES		
VI	TRASLADO DE PACIENTES AL HOSPITAL.		
VII	SOLICITUD Y CONTROL DE MATERIAL DE CURACION		
VIII	SOLICITUD Y CONTROL DE PAPELERIA IMPRESA		
IX	SOLICITUD Y CONTROL DE ACTIVO FIJO.		
X	SOLICITUD Y CONTROL DE PAPELERIA Y ARTICULOS DE ESCRIT.		

Formato Nº 2

GUIA DE SUPERVISION DIRECTA

DESCRIPCION DE CRITERIOS	FUENTE	SI	NUMERO	NO	NUMERO	PORQUE	SOLUCION
DETECTAR EL PERIODO DE ESPERA ENTRE UNA CITA Y OTRA - DE CADA ESPECIALIDAD. (MUESTREO)	CARNET DE CITAS MEDICAS						
OBSERVAR EL TIEMPO DE ESPERA QUE EL USUARIO HACE PARA RECIBIR SU CONSULTA DE ESPECIALIDAD. (MUESTREO)	OBSERVACION --- DIRECTA SALA DE ESPERA						
PEDIR RELACION DE CONSULTAS MENSUALES DE PRIMERA VEZ QUE FUERON ENVIADAS POR LA UNIDAD DE PRIMER NIVEL A TRAVES DE LA U.P.T.	INFORME MENSUAL						
IDENTIFICAR EL AUSENTISMO DE CONSULTAS PROGRAMADAS A ESPECIALIDAD	INFORME MENSUAL						
CONOCER EL NUMERO DE CONSULTAS SOLICITADAS PERSONALMENTE POR EL USUARIO.	U.P.T.						
CONSTATAR QUE LAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD SON DISTRIBUIDAS EQUITATIVAMENTE CON BASE A LOS PAQUETES Y HORARIOS ESTABLECIDOS EN EL MA--	U.P.T.						

GUIA DE SUPERVISION DIRECTA

DESCRIPCION DE CRITERIOS	FUENTE	SI	NUMERO	NO	NUMERO	PORQUE	SOLUCION
<p>MANUAL DE OPERACION.</p> <p>VERIFICAR QUE EL PERSONAL DE ARCHIVO CLINICO ENVIA AL CONSULTORIO DEL MEDICO LOS EXPEDIENTES SOLICITADOS EN LA PROGRAMACION DE CONSULTA</p> <p>REVISAR QUE LA CONFIRMACION DE CONSULTA GENERAL SE HACE EN LA U.P.T. CUANDO SE PRESENTA EL PACIENTE A RECIBIR SU ATENCION MEDICA COMO SE DESCRIBE EN EL MANUAL.</p> <p>INDAGAR EL NUMERO DE INTERCONSULTAS QUE LA UNIDAD DE PRIMER NIVEL ENVIA A LA CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDAD.</p> <p>OBSERVAR QUE EL PERSONAL DE LA U.P.T. COMIENZE LA PROGRAMACION DE CITAS A LAS 7:30 COMO ESTA ESTABLECIDO EN EL MANUAL</p>	<p>ARCHIVO CLINICO COPIA DE LA FORMA INFORME DIARIO DEL MEDICO.</p> <p>OBSERVAR UNA VEZ A LA SEMANA AL PERSONAL DE LA U.P.T.</p> <p>INFORME DE LABORES MENSUAL DE LA U.P.T.</p> <p>OBSERVACION DIRECTA EN LA U.P.T.</p>						

GUIA DE SUPERVISION DIRECTA

DESCRIPCION DE CRITERIOS	FUENTE	SI	NUMERO	NO	NUMERO	PORQUE	SOLUCION
<p>CONOCER EL NUMERO DE CONSULTAS MEDICAS PROGRAMADAS EN CADA ESPECIALIDAD EN TODAS LAS UNIDADES DE PRIMER NIVEL.</p>	AGENDAS DE PROGRAMACION						
<p>CONOCER EL NUMERO DE CONSULTAS MENSUALES DE PRIMERA VEZ QUE SE TRANSFIERAN A LA UNIDAD DE ESPECIALIDAD.</p>	AGENDAS DE PROGRAMACION DE ESPECIALIDAD EN UNIDAD DE PRIMER NIVEL.						
<p>VERIFICAR QUE LOS PACIENTES SUBSECUENTES, SEAN CONSIDERADOS TODOS AQUELLOS QUE TIENEN REGISTRO Y EXPEDIENTE CLINICO EN LA UNIDAD MEDICA.</p>	ARCHIVO CLINICO.						
<p>CONOCER EL NUMERO DE PACIENTES QUE SON CANALIZADOS A CONSULTA DE CADA ESPECIALIDAD POR LA U.P.T. QUINCENALMENTE.</p>	AGENDAS DE PROGRAMACION POR ESPECIALIDAD EN LA UNIDAD DE PRIMER NIVEL.						

GUIA DE SUPERVISION DIRECTA

DESCRIPCION DE CRITERIOS	FUENTE	SI	NUMERO	NO	NUMERO	PORQUE	SOLUCION
INDAGAR LA CANTIDAD DE ORDENES DE LABORATORIO CLINICO QUE SE ENVIAN AL LABORATORIO DE APOYO.	AGENDAS REGULADORAS DE CITAS						
IDENTIFICAR EL VOLUMEN DE ORDENES DE GABINETE QUE ENVIAN LAS UNIDADES AL DEPARTAMENTO DE R.X. Y OTROS.	AGENDA DE PROGRAMACION DE CITAS.						
RATIFICAR QUE EL PERSONAL DE LA U.P.T. EN LA UNIDAD DE PRIMER NIVEL LLEVE A LA PRACTICA LAS NORMAS ESTABLECIDAS.	OBSERVACION DIRECTA O INDIRECTA AL PERSONAL DE LA UPT.						
CONOCER LA OPINION DEL PUBLICO USUARIO SOBRE LA ORIENTACION QUE RECIBE PARA LA TRAMITACION DEL SERVICIO QUE SOLICITA.	USUARIO (CUESTIONARIO CERRADO)						
VER EL AUSENTISMO DE PACIENTES QUE EXISTE EN LA PROGRAMACION DE CONSULTA MEDICA.	COPIA DE CONFIRMACION DE CITAS INFORME DIARIO DE ACTIVIDADES DEL MEDICO.						

GUÍA DE SUPERVISION DIRECTA

DESCRIPCION DE CRITERIOS	FUENTE	SI	NUMERO	NO	NUMERO	PORQUE	SOLUCION
IDENTIFICAR EL AUSENTISMO DE PACIENTES PROGRAMADOS EN GABINETE DE R.X. U OTROS.	AGENDA DE PROGRAMACION DE R.X.						
COMPROBAR LA REGULACION DEL VOLUMEN DE PACIENTES REFERIDOS A LABORATORIO CLINICO POR LA UPT	REGISTROS DE CONTROL DE PACIENTES (LABORATORIO)						
CONOCER EL NUMERO DE PACIENTES QUE SOLICITAN LA ATENCION MEDICA POR PRIMERA VEZ Y UNICA	ARCHIVO CLINICO (CONTROL DE - REGISTROS)						
OBSERVAR QUE EL PERSONAL DE LA UPT INFORME AL USUARIO LOS TRAMITES CORRESPONDIENTES PARA RECIBIR ATENCION MEDICA OPORTUNA.	OBSERVACION DIRECTA O INDIRECTA AL PERSONAL DE LA UPT						
CUANTIFICAR LAS SOLICITUDES DE ATENCION MEDICA QUE SON RECHAZADAS POR LA UPT MEN - SUALMENTE.	LIBRETA DE REGISTROS (RECHAZO DE CONSULTA)						

GUIA DE SUPERVISION DIRECTA

DESCRIPCION DE CRITERIOS	FUENTE	SI	NUMERO	NO	NUMERO	PORQUE	SOLUCION
<p>VER QUE LOS HORARIOS EN QUE HAY COLAS O AGLOMERACIONES PARA SOLICITAR LOS SERVICIOS EN LA UNIDAD MEDICA.</p> <p>CORROBORAR QUE LA CONFIRMACION DE CITAS SE EFECTUE -- DENTRO DE LAS 24 HORAS ANTES DE LA CONSULTA Y EN EL HORARIO ESTABLECIDO EN LAS UNIDADES DE PRIMER NIVEL</p> <p>COMPARAR PORCENTUALMENTE LA FORMA DE PROGRAMACION (PERSONAL Y TELEFONICA)</p> <p>REVISAR LA DISPONIBILIDAD DE LAS LINEAS TELEFONICAS EN LOS HORARIOS DESTINADOS PARA LA PROGRAMACION O CONFIRMACION DE CITAS.</p> <p>RECONOCER EL NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE RX QUE FUERON TRAÍDOS POR LA CONSULTA EXTERNA.</p>	<p>UPT Y OTROS SERVICIOS</p> <p>OBSERVACION EN LA UPT</p> <p>AGENDAS DE PROGRAMACION</p> <p>OBSERVACION PERSONAL EN LA UPT</p> <p>FORMAS DE REGISTRO DE RX</p>						

GUIA DE SUPERVISION DIRECTA

DESCRIPCION DE CRITERIOS	FUENTE	SI	NUMERO	NO	NUMERO	PORQUE	SOLUCION
<p>SABER EL PERIODO DE ESPERA ENTRE UNA CITA Y OTRA QUE EL PACIENTE TENGA (EN FORMA AL AZAR)</p>	<p>CARNET DE CITAS MEDICAS DE LA UPT.</p>						
<p>COMPROBAR QUE EL CARNET DE CITAS ESTE CORRECTO PARA QUE SE LE OTORQUE ATENCION AL PACIENTE A EFECTO DE QUE NO TENGA PROBLEMA.</p>	<p>CARNET DE CITAS MEDICAS.</p>						
<p>OBSERVAR QUE LA PROGRAMACION DE CONSULTA GENERAL, SE LLENEN LOS DATOS CORRESPONDIENTES EN FORMA CLARA Y OPORTUNA EN LAS AGENDAS.</p>	<p>AGENDAS DE PROGRAMACION</p>						
<p>CERCIONARSE QUE LOS MEDICOS DE URGENCIAS SOLO ATIENDAN CONSULTAS DE ESE TIPO SIN PROGRAMACION</p>	<p>UPT Y DIRECCION</p>						
<p>COMPARAR EL VOLUMEN DE CONSULTAS DE UN MEDICO DE URGENCIAS CON RELACION AL DEL MEDICO DE CONSULTA GENERAL.</p>	<p>FORMA INFORME DIARIO DE ACTIVIDADES DEL MEDICO.</p>						

GUIA DE SUPERVISION DIRECTA

DESCRIPCION DE CRITERIOS	FUENTE	SI	NUMERO	NO	NUMERO	PORQUE	SOLUCION
<p>Cuantificar el numero de pases a hospital por el medico de urgencias de la unidad de primer nivel.</p> <p>Cuantificar las personas que forman las filas para esperar ser atendidos</p> <p>Reconocer el numero de pacientes atendidos en el servicio de RX que fueron canalizadas por la UPT del primer nivel</p> <p>Ratificar que el personal de UPT de segundo nivel informa a las unidades de primer nivel la confirmacion de servicios en el turno vespertino.</p> <p>Identificar las causas de morbilidad mas frecuentes mensualmente.</p>	<p>UPT (CONTROL DE REGISTRO)</p> <p>OBSERVAR LOS SERVICIOS EN UNIDADES MEDICAS.</p> <p>REGISTRO DE --- CONTROL DE RX</p> <p>OBSERVACION PERSONAL EN LA UPT.</p> <p>INFORME MENSUAL DE TRABAJO.</p>						

FOLIO _____

FECHA _____

ENCUESTA PARA LA EVALUACION DE LA PROGRAMACION DE CONSULTA MEDICA AL PACIENTE AMBULATORIO EN LAS UNIDADES MEDICAS

REGION

UNIDAD _____

--	--	--	--	--	--

OBJETIVO: Obtener datos para la evaluación del modelo a través de la información objetiva del usuario. a

INSTRUCCIONES:

Marcar con una X la respuesta que corresponda en - las preguntas 7, 8, 9, 12, 13 y 15, en el resto anote en el cuadro el número adecuado.

1.-TIPO DE USUARIO

- | | | |
|---------------|----------------|-----------|
| a) Trabajador | d) Trabajadora | g) Esposa |
| b) Pensionado | e) Padre | h) Madre |
| c) Hijo | f) hija | i) Otros |

2.-TIPO DE CONSULTA

- | | | |
|---------------|------------------|----------------|
| 1. Programada | 2. No programada | 3. De urgencia |
|---------------|------------------|----------------|

3.-TIPO DE SOLICITUD

- | | |
|---------------|-------------|
| 1. Telefónica | 2. Personal |
|---------------|-------------|

4.-CUANTOS DIAS LE NEGARON ESTA CONSULTA?

- | | | | | |
|------------|--------|--------|---------|----------------|
| 1. Ninguna | 2. Uno | 3. Dos | 4. Tres | 5. Más de tres |
|------------|--------|--------|---------|----------------|

5.-CUANDO LE NEGARON ESTA CONSULTA, FUE POR:

1. Saturación de consulta
2. Ausencia del médico
3. Problema de vigencia de derechos
4. Problema de archivo clínico
5. Falta de resultado de laboratorio y/o RX
6. Error de datos
7. Llegó tarde
8. Suspensión de labores.

6. ¿QUE TELEFONO USO?

1. TELEFONO DE SU CASA 2 TELEFONO PUBLICO
3. TELEFONO DE LA OFICINA 4. TELEFONO DE UN AMIGO

6. EN LA CITA POR TELEFONO OBTUVO

- FACILIDAD Y RAPIDEZ PARA COMUNICARSE A LA UNIDAD SI NO
- SEGURIDAD EN RECIBIR EL SERVICIO. SI NO
- CORTESIA DEL PERSONAL QUE LE CONTESTO EL TELEFONO SI NO
- ORIENTACION PRECISA SI NO

8. LA CITA LA HIZO PERSONALMENTE POR:

- SER DE PRIMERA VEZ
- FALTA DE TELEFONO
- CUANDO LLAMO NO LE CONTESTARON
- ESTUVO OCUPADO EL TELEFONO DE LA UNIDAD
- IGNORA QUE SE PUEDE SOLICITAR POR TELEFONO
- VIVE CERCA DE LA UNIDAD MEDICA
- SOLO ASI OBTUVO EL SERVICIO
- DESCONOCE EL TELEFONO DE LA UNIDAD MEDICA
- FUE DE URGENCIA.

9. HIZO COLA?

- SI NO

10 QUE TURNO LE CORRESPONDE

1. 8 - 12: hrs. 2. 12 - 16 hrs. 16 - 20 hrs.
4. 8 - 20 hrs. 5. 14 - 20 hrs.

11. EL TIEMPO QUE ESPERO HOY PARA RECIBIR CONSULTA FUE-
DE

- 15 minutos 30 minutos 45 minutos 60 minutos
- 90 minutos 2 horas 3 horas + de 3 hrs.

12 QUE CONTRATIEMPOS TUVO EN ESTA CONSULTA?

NINGUNO

AUSENCIA DEL EXPEDIENTE CLINICO

FALTA DE RESULTADOS DE LABORATORIO Y RAYOS X

NO PROGRAMO SU CONSULTA

LLEGO TARDE

AUSENCIA DE SU MEDICO

LENTITUD O INTERRUPCION DEL SERVICIO.

13. SI FUE CITA PREVIA, ¿SE LE OTORGO EN LA FECHA SEÑALADA?

SI

NO

14 LA CITA PREVIA NO CORRESPONDIO CON LA FECHA SEÑALADA
POR SU MEDICO POR

SATURACION DE CONSULTA

AUSENCIA DEL MEDICO

NO PUDO USTED ASISTIR

SUSPENSION DE LABORES

15 FUE TRATADO CON CORTESIA Y AMABILIDAD EL DIA DE HOY?

SI

NO

**PROGRAMACION DE SERVICIOS MEDICOS
AL PACIENTE AMBULATORIO**

MANUAL DE OPERACION

I N D I C E

**DEFINICION, OBJETIVOS Y POLITICAS DEL SISTEMA DE ENLACE
DE LA CITA PROGRAMADA TELEFONICA**

PRIMERA PARTE

**PROCEDIMIENTOS PARA LA PROGRAMACION DE SERVICIOS EN LA
UNIDAD DE PRIMER NIVEL**

CAPITULO I	PROGRAMACION DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ
CAPITULO II	PROGRAMACION DE CONSULTA SUBSECUENTE - SOLICITUD PERSONAL - SOLICITUD TELEFONICA
CAPITULO III	CITA PREVIA
CAPITULO IV	ELABORACION DEL CARNET DE CITAS MEDICAS.
CAPITULO V	LLENADO DE LA AGENDA DE PROGRAMACION
CAPITULO VI	DISTRIBUCION DEL HORARIO DE CITAS
CAPITULO VII	LLENADO DE LA FORMA SM-10-1 INFORME DIARIO DE LABORES DEL MEDICO.

- CAPITULO VIII** PROGRAMACION DE ESTUDIOS DE RAYOS X Y OTROS GABINETES.
- CAPITULO IX** REGULACION DE ESTUDIOS DE LABORATORIO
- CAPITULO X** SOLICITUD DE PROGRAMACION DE CONSULTA DE ESPECIALIDAD DE PRIMERA VEZ A LA U.P.T. DEL HOSPITAL O CLINICA DE ESPECIALIDADES.
- CAPITULO XI** CONFIRMACION DE LOS SERVICIOS DE ESPECIALIDAD EN LA U.P.T. DE LA UNIDAD DE APOYO.
- CAPITULO XII** CONFIRMACION DE LOS SERVICIOS DE ESPECIALIDAD A LOS USUARIOS
- CAPITULO XIII** CONSULTA INMEDIATA
- CAPITULO XIV** CONSULTA DE URGENCIA
- CAPITULO XV** CANCELACION DE CONSULTA

SEGUNDA PARTE

NORMAS DE OPERACION DEL SISTEMA DE ENLACE DE LA CITA PROGRAMADA TELEFONICA

CRITERIOS ADMINISTRATIVOS DE TRANSFERENCIA.

TERCERA PARTE

PROCEDIMIENTOS PARA LA PROGRAMACION DE SERVICIOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE UNIDADES DE SEGUNDO NIVEL O INSTITUTOS.

- CAPITULO I** PROGRAMACION DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ.
SOLICITUD TELEFONICA
SOLICITUD PERSONAL
- CAPITULO II** PROGRAMACION DE CONSULTA DE ESPECIALIDAD SUBSECUENTE
- CAPITULO III** LLENADO DE LA AGENDA DE PROGRAMACION
- CAPITULO IV** DISTRIBUCION DE HORARIOS DE CITAS
- CAPITULO V** LLENADO DE LA FORMA INFORME DIARIO DE LABORES DEL MEDICO
- CAPITULO VI** PROGRAMACION DE ESTUDIOS DE RAYOS X Y OTROS GABINETES
- CAPITULO VII** CONFIRMACION DE SERVICIOS A LAS UNIDADES DE DE PRIMER NIVEL
- CAPITULO VIII** ELABORACION DEL CARNET DE CITAS MEDICAS.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y LIMITACIONES

La investigación social es un proceso en el que se vinculan diferentes niveles de abstracción, se cumplen determinados principios metodológicos y se cubren diversas etapas lógicamente articuladas y apoyadas. La investigación de tipo social, no se encuentra aislada de las condiciones sociales en las que surge, se desarrolla y aplican sus resultados. El estudioso de la realidad social, recibe de la sociedad en que vive y de la Institución o grupo al que sirve condicionamientos políticos-ideológicos que imponen determinadas características a su práctica profesional, lo que hace limitante alguno de los pasos del método científico; esto no quiere decir, que no sea válido desde el punto de vista estrictamente científico como es el caso de este estudio.

Lo mencionado se revela en esta investigación pues se tiene la limitación en la comprobación del modelo en los servicios de atención médica. Sin embargo, con resultados retrospectivos de las dos evaluaciones presentadas una en 1978 y la otra en 1983, que se describieron en el primer capítulo con estos, se garantizan que los resultados favorables para que funcione como un sistema en donde las partes que lo integran trabajen en forma interdependiente e interactuante cuyas relaciones entre sí o entre sus atributos determinan un todo unitario que realiza un efecto, función u objetivo, dentro de un ambiente, o sea el conjunto ordenado de operaciones relacionadas entre sí que contribuyen a realizar una función como es el de transferencia de pacientes.

En el modelo del sistema de referencia y contra-referencia, en los tres niveles de atención médica planteadas teóricamente muestran la utilidad, pues se debe comprobar que:

- Se facilita el trámite de servicios de Consulta Externa por la simplificación administrativa y orientación al público.
- Se asegura al usuario la obtención de servicios subsecuentes inmediatos por la programación desde su salida de consulta - así como servicios de Laboratorio y Rayos X.
- Se confirma con anterioridad su cita programada y evita así vueltas innecesarias.
- Se disminuye el tiempo de espera y la formación de grandes - colas para la obtención del servicio.
- Se reducen los períodos de espera pues la misma dinámica - interna hace el proceso acelerado en toda su potencialidad.
- Se evita que el usuario se desplace inutilmente de un nivel - a otro .
- Se solicitan en forma oportuna los servicios, como Laborato- rio Clínico, Radiología y Consulta de Especialidad, sin ser- innecesarios o inútiles.
- Se brinda trato humano al usuario pues se le respeta su - tiempo y el a la vez, respeta el proceso de trabajo de la - Institución.
- La simplificación y unificación de criterios en los trámites para otorgar servicios de consulta externa es básica para - solucionar en forma inmediata la atención que solicita el - usuario y aprovechar la capacidad instalada y dotación de - Recursos Humanos en cada unidad y nivel.

- Se evitan los cuellos de botella en vigencia de derechos; - trabajo social, archivo clínico, laboratorio, Rayos X, etc.

- Se calculan horas-recursos humanos disponibles en relación a la capacidad instalada para mantener la disponibilidad - permanente para resolver las fluctuaciones circunstanciales de capacidad y demanda de servicios.

- Se recomienda la capacitación, ya que es esencial para cualquier programa con el fin de que el personal y el usuario - estén orientados en un mismo proceso y se ayuden mutuamente uno en la forma de pedir el servicio y el otro en la forma de tramitarlo. Si se mantienen las relaciones humanas del personal, se evita caer en la rutina o confusión del mismo recurso humano.

El modelo ofrece la garantía de enlazar los tres niveles a través - de la referencia y contra-referencia, que a la vez se vuelve evalua - dor y retroalimentador en cada nivel hay que recordar que los nive - les de atención médica se han definido como la agrupación estrati - ficada de recursos y elementos necesarios para ofrecer servicios - de la mayor calidad, expeditos y con sentido humano, que procuren - la satisfacción de quienes lo solicitan y reciben y como se ha - recomendado el uso de los instrumentos que apoyaron el proceso de - control será fácil identificar lo antes mencionado.

La atención por niveles, garantiza a los usuarios la utilización - correcta y óptima de cada servicio en todo sistema, evitando el de - terioro de su salud, y la Institución aprovecha la capacidad insta - lada para ofrecerlo al mayor número de usuarios.

El concepto de niveles implica en realidad el reconocimiento de los elementos claramente diferenciados: por una parte el de la necesidad de atención en relación con las personas, los grupos comunitarios y sus condiciones de salud; y por la otra, el de menor a mayor complejidad del contenido tecnológico para satisfacer la necesidad de los usuarios. La programación de los servicios debe estar en relación con la concepción de niveles, debe estar basada en el análisis de las necesidades de atención y complementada con un conocimiento de la capacidad instalada, es decir los recursos que el sistema disponga.

El concepto de niveles de atención reconoce, además, que existe una relación entre la complejidad de una determinada situación de salud y la complejidad de los servicios necesarios para atender la atención médica de esta forma organizada, toma en cuenta la mayor o menor frecuencia de las situaciones en salud en una población dada, el reconocimiento del hecho natural de una mayor o menor frecuencia de determinadas condiciones de salud presente en una comunidad, que constituyen la demanda de servicios y, la noción de complejidad progresiva de la misma, es lo que permite relacionar los niveles de atención según tamaño de los grupos de población y su ubicación geográfica con esquemas de organización y unidades o establecimientos diseñados para sistematizar la oferta de los servicios.

Un objeto fundamental de los sistema de salud, es dar a todos y cada uno de los miembros de la comunidad, acceso oportuno y suficiente de los servicios, el principio de la accesibilidad implica el servicio, amplitud del mismo y disponibilidad en cantidad y calidad apropiadas para satisfacer las necesidades, la prueba del acceso a los servicios, por otra parte, es el uso mismo del servicio y no simplemente su existencia lo anterior significa en primer lugar, que para dar realmente acceso a los servicios, no basta con ubicarlos geográ-

ficamente, sino que es necesario remover las barreras de orden social, económico, cultural, de organización, etc., que impiden o limitan el libre acceso de la comunidad a esos servicios. Estos deben además, ofrecer una gama amplia de posibilidades, capaz de dar respuesta apropiada a los diferentes problemas de salud.

En segundo término, los dos elementos constitutivos del uso de un servicio de salud o sea la iniciación y la continuación del mismo, deben estar igualmente garantizados por cada miembro de la comunidad. En tercer lugar, la disponibilidad de los diferentes tipos de servicios debe estar en relación con la mayor o menor frecuencia de los problemas para obtener su ubicación lo más cercanamente posible del usuario y para lograr una mejor utilización de los recursos como se ha tratado de esquematizar en la figura Nº 1.

La jerarquización de problemas y funciones, base de la definición de niveles, implica desde el punto de vista administrativo y de organización, la necesidad de establecer un orden de decisiones: en primer lugar, la asignación de actividades, funciones y responsabilidades a cada nivel y sobre esta base, la determinación del tipo de personal, requerimientos físicos y de equipamiento para llevar a cabo las funciones asignadas. En segundo término, el establecimiento de la interconexión de los niveles, es decir, de los mecanismos de relación que permitan transferencia de pacientes de un nivel a otro, de movilidad del personal, el intercambio de información, el apoyo técnico administrativo y la supervisión para el funcionamiento armónico del conjunto de niveles.

Este modelo no es difícil de operacionalizar en el ISSSTE, pues a la fecha 1986, se está regionalizando en el D.F., y área foránea por -

delegaciones y si tienen la inquietud de aplicar modelos idóneos para la solución a problemas como los mencionados en este trabajo. En el mes de mayo de 1985, en un órgano informativo que se llama "Las Noticias", en el Nº 8, afirma que se han iniciado ya los trabajos de remodelación de la antigua residencia médica del Centro Hospitalario 20 de Noviembre, con el fin de crear módulos de consulta externa de especialidades, con una programación por medio de computadoras y que se integrarán las especialidades por afinidad; así por ejemplo, la Neurología con la neurocirugía, a la Cardiología con la Cirugía Cardiovascular, etc., con lo que se dará mayor fluidéz a los trámites administrativos y le facilitarán al especialista el control de diagnósticos y tratamientos de los pacientes.

Con base en lo descrito y en los resultados expresados en las gráficas del capítulo I es lógica la deducción para comprobar las variables independientes y dependientes en donde el tiempo de espera se reduce si existe orientación al público, una guía de los trámites administrativos en donde el empleado administrativo se auxilie para seguir los criterios de una metodología.

Si no existe una metodología que oriente a los trabajadores y usuarios, la atención médica por niveles es inoperante pues se convierte en anarquía en todos los ambitos y hay derroche de recursos humanos y capacidad instalada por ende el suministro de material y equipos.

BIBLIOGRAFIA

ACKOFF Russell L. El Arte de Resolver Problemas. Ed. Limusa S.A. México, 1981 p.186

ACUÑA R. Héctor Hacia el Año 2000 en Busca de la Salud para Todos en las Américas Washington, D.C., EUA Organización Panamericana de la Salud, publicación científica N° 435, 1983 (C 1983) p. 147

ADOPCION DE DECISIONES EN EL PLANO NACIONAL SOBRE ATENCION PRIMARIA DE SALUD Estudio preparado por el Comité Mixto UNICEF OMS de Política Sanitaria, Ginebra OMS 1981 (C 1981) p. 83

ARIAS G. Fernando Administración de Recursos Humanos México, Ed. Trillas 1981 p.p. 49-119

ALVIREZ O. Aurelio Los costos por Niveles de Atención Médica Trabajo presentado en el Simposium "Características y Tendencias de Costos en la Atención Médica" Academia Mexicana de Cirugía México, 1982. p. 16

BERTALANFFY V. Ludwig Teoría General de los Sistemas, Tr. de Juan Almela, México, CD. Fondo de Cultura Económica, 1984 (C 1976) 16-38 p. (ciencia y tecnología)

CARRILLO C. Alejandro La información Administrativa en México Evolución de la Reforma Administrativa en México (1971-1979) 2ª Ed. México, Ed. Porrúa, S.A. 1980 242-256 p.

CORDERA P. Armando Modelo de Asistencia de la Atención Médica
Rev. de Salud Pública, México Vol. 28 N° 3, 1986 p. 230-241

DE WIT GREENE, Andrés Los Servicios Médicos del ISSSTE
Reunión Nacional de Delegados Estatales, Tlaxcala, México, 1983 120 p.

FUJI-GAKE L. Sistema de Transferencia de pacientes
Memorias Niveles de Atención para la Salud. Primera Reunión Nacional
SSA, 1981, p. 224

GOMEZ B. Antonio Evaluación por Objetivos y Perspectivas del
"Sistema de Cita Programada Telefónica, Mexico, ISSSTE, 1979. p. 15

GOMEZ 'B. Antonio Sistema de Cita Programada Telefónica
México, ISSSTE, 1978. p. 20

HARTMAN W. Matthes H/proeme A. Manual de los Sistema de
Información Ed. 3ª Editorial PARANINFO Madrid 198 PPS 110

ISOARD Carlos y JIMENEZ de Sordi Auditoría de las Operaciones del
Gobierno: Efectividad, eficacia y eficiencia del Gasto Público. Fondo
de Cultura Económica. 1981 p. 170

ISSSTE Procedimientos de Archivo del Area Foránea. Manual N° 71
Subdirección Médica. Jefatura de los Servicios Médicos del Area
Foránea México, 1979.

ISSSTE Manual de procedimientos de Referencia y Contra-referencia
de Pacientes. Subdirección general Jurídica. México, 1985 11 p.

ISSSTE Glosario de Términos y Técnicas de Apoyo" a la elaboración de los Informes Estadísticos Mensuales de las Unidades Médicas, Departamento de Informática Subdirección Médica 1980 119-122 p

ISSSTE Procedimientos para envío de Pacientes de una Unidad Médica a Otras; su admisión y egreso Manual Nº 87 Subdirección Médica, Jefatura de los Servicios Médicos del Área Foránea México, 1980 **LOPEZ BARCENAS Fco. Javier, HERNANDEZ VILLAR Filiberto** Subsistema de referencia y contra-referencia Dirección de Planeación y Evaluación, Dirección General de Servicios Médicos D.D.F., México 1986, 32 p.

NAVA C. Apoyo Logístico de los Servicios de Salud. Memorias Niveles de Atención para la Salud. Primera Reunión Nacional SSA 1981, 26 p.

OMS Atención Primaria de Salud Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata URSS 6-12 Ginebra. 1978 280 p.

OMS Evaluación de los Programas de Salud, Normas Fundamentales para su Aplicación en el Proceso de Gestión para el Desarrollo Nacional de la Salud. Serie salud para Todos Nº 6 Organización Mundial de la Salud. Ginebra 1981'

SSA. Sistema del Servicio de Salud Coordinación General de Planeación 1981 20p.

SSA Niveles de Atención para la Salud. Primera Reunión Nacional. México, 1981 20p.

SSA Programa Nacional de Salud 1984-1988 Cuadernos Técnicos de Planeación Vol. 1 Nº 6 Subsecretaría de Planeación. México, 1984. 23-40 p.

SOBERON Guillermo Hacia un Sistema Nacional de Salud México
U.N.A.M. 1984 47-123-141 263-311 p.

SOLORZANO F. Luis I. Coordinación de la Atención
Médica; Objetivos de la Administración en la Atención
Médica. México, Edit. Seminario de Servicios de Salud
Pública. 25 p.

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA Sistema Nacional de
Salud. Avances y Perspectivas. México, 1984- 91 p.

UNAM. Manual para el Medico en Servicio Social. Facultad de
Medicina. Ciclos XI y XII 1977 20-70 p.

VERONELLI Juan Carlos Experiencias en aplicación de
niveles de atención. América Latina. Edit. O.P.S.
México,, 1983 10 p.

VORONOV A.A. La investigación de Operaciones y las Tareas de
Dirección. Cuba Ed. Ciencias Sociales de la Habana 1980 (C 1980)
196 p.

LECZKOWSKI M. Bogdan E Sistema Nacional de Salud y su Reorien-
tación hacia la salud para todos, Puntos para una Política Suiza, Ed. OMS
OPS 1984, (C 1984) Colecc. Cuadernos de salud Pública 77-116 p.

A N E X O

**PROGRAMACION DE SERVICIOS MEDICOS AL
PACIENTE AMBULATORIO**

MANUAL OPERATIVO

México, 1986

I N D I C E

DEFINICION, OBJETIVOS Y POLITICAS DEL SISTEMA DE ENLACE DE
LOS TRES NIVELES DE ATENCION MEDICA DE LA CITA PROGRAMADA
TELEFONICA.

PRIMERA PARTE

OPERACIONES PARA LA PROGRAMACION DE SERVICIOS
EN LA UNIDAD DE PRIMER NIVEL.

CAPITULO I	PROGRAMACION DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ.	105
	SOLICITUD PERSONAL	105
	SOLICITUD TELEFONICA	106
CAPITULO II	PROGRAMACION DE CONSULTA SUBSECUENTE.	107
	SOLICITUD PERSONAL	107
	SOLICITUD TELEFONICA	108
CAPITULO III	CITA PREVIA	109
CAPITULO IV	ELABORACION DEL CARNET DE CITAS MEDICAS.	110
CAPITULO V	LLENADO DE LA AGENDA DE PROGRAMACION.	111

CAPITULO VI	DISTRIBUCION DEL HORARIO DE CITAS	137
CAPITULO VII	LLENADO DE LA FORMA INFORME DIARIO DE LABORES DEL MEDICO	138
CAPITULO VIII	PROGRAMACION DE ESTUDIOS DE RAYOS X Y OTROS GABINETES.	139
CAPITULO IX	REGULACION DE ESTUDIOS DE LABORATORIO.	139
CAPITULO X	SOLICITUD DE PROGRAMACION DE CONSULTAS DE ESPECIALIDAD DE PRIMERA VEZ A LA U.P.T. DE LA UNIDAD DE SEGUNDO NIVEL O INSTITUTO.	139
CAPITULO XI	CONFIRMACION DE LOS SERVICIOS DE ESPECIALIDAD EN LA U.P.T. DE LA UNIDAD DE APOYO.	139
CAPITULO XII	CONFIRMACION DE LOS SERVICIOS DE ESPECIALIDAD A LOS USUARIOS.	140
CAPITULO XIII	CONSULTA INMEDIATA	141
CAPITULO XIV	CONSULTA DE URGENCIA	142
CAPITULO XV	CANCELACION DE CONSULTA	143

SEGUNDA PARTE

NORMAS DE OPERACION DEL SISTEMA DE ENLACE
DE LA CITA PROGRAMADA TELEFONICA.

CRITERIOS ADMINISTRATIVOS DE TRANSFERENCIA.

155

TERCERA PARTE

OPERACIONES PARA LA PROGRAMACION DE SERVICIOS EN LA
CONSULTA EXTERNA A UNIDADES DE SEGUNDO NIVEL O
INSTITUTOS.

CAPITULO I	PROGRAMACION DE CONSULTA DE ESPECIALIDAD DE PRIMERA VEZ.	
	SOLICITUD TELEFONICA	1
	SOLICITUD PERSONAL	150
CAPITULO II	PROGRAMACION DE CONSULTA DE ESPECIALIDAD SUBSECUENTE.	150
CAPITULO III	LLENADO DE LA AGENDA DE PROGRAMACION.	151
CAPITULO IV	DISTRIBUION DE LOS HORARIOS DE CITAS.	152
CAPITULO V	LLENADO DE LA FORMA INFORME DIARIO DE LABORES DEL MEDICO.	153

CAPITULO VI	PROGRAMACION DE ESTUDIOS DE RAYOS X Y OTROS GABINETES.	156
CAPITULO VII	CONFIRMACION DE SERVICIOS A LAS UNIDA- DES DE PRIMER NIVEL.	157
CAPITULO VIII	ELABORACION DEL CARNET DE CITAS MEDICAS.	158

P R E S E N T A C I O N

EN EL PRÉSENTE MANUAL, ESTAN ESTABLECIDAS LAS NORMAS Y LAS OPERACIONES BASICAS PARA FACILITAR LA OBTENCION DE SERVICIOS MEDICOS POR EL PACIENTE AMBULATORIO EN LOS TRES NIVELES DE ATENCION, CONSIDERADOS ESTOS COMO UN SISTEMA INTEGRADO EN EL QUE LA COMUNICACION TELEFONICA Y LA COORDINACION SE DESARROLLAN AL SERVICIO DEL USUARIO, EN UN AMBIENTE DE ARMONIA Y CORDIALIDAD.

PARA ASEGURAR LA COORDINACION EN LAS ACTIVIDADES QUE IMPLICA EL SISTEMA DE ENLACE POR NIVELES DE LA CITA PROGRAMADA ES INDISPENSABLE EL CONOCIMIENTO GLOBAL DEL MANUAL-POR TODO EL PERSONAL DE PROGRAMACION DE SERVICIOS, RECEPCION, ARCHIVO CLINICO Y LAS UNIDADES MEDICAS EN CADA NIVEL ORIENTACION, INFORMACION Y QUEJAS. (O.I.Q.)

POR OTRO LADO, EL MANUAL ESTA DISEÑADO PARA SU ACTUALIZACION PERIODICA CON EL FIN DE ADECUARLO CONTINUAMENTE-A LA EVOLUCION PROPIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

**DEFINICION OBJETIVOS Y POLITICAS DEL
SISTEMA DE ENLACE DE LOS NIVELES DE
ATENCION MEDICA DE LA
CITA PROGRAMADA**

DEFINICION

ES EL INSTRUMENTO TECNICO-ADMINISTRATIVO MEDIANTE EL CUAL SE FACILITA LA OBTENCION DE LOS SERVICIOS MEDICOS A TRAVES DE ACTIVIDADES DE GESTORIA PROGRAMADA TELEFONICA Y PERSONAL.

OBJETIVOS

- 1. FACILITAR EL TRAMITE DE SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA, ENFATIZANDO LA SOLICITUD TELEFONICA DE LOS MISMOS.**
- 2. ASEGURAR AL USUARIO LA OBTENCION DE SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA EN LAS UNIDADES DE PRIMER NIVEL Y EN LOS HOSPITALES O INSTITUTOS.**
- 3. DISMINUIR EL TIEMPO DE ESPERA Y EVITAR LA FORMACION DE COLAS PARA LA OBTENCION DE LOS SERVICIOS.**
- 4. DISMINUIR EL PERIODO DE ESPERA PARA RECIBIR LOS SERVICIOS.**
- 5. EVITAR DESPLAZAMIENTOS INUTILES DEL PACIENTE.**
- 6. DISMINUIR LOS SERVICIOS MEDICOS INNECESARIOS.**
- 7. BRINDAR UN TRATO HUMANO Y PERSONALIZADO AL USUARIO.**
- 8. SIMPLIFICAR Y UNIFICAR LOS TRAMITES PARA OTORGAR EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA A TRAVES DE ESTE MANUAL DE OPERACION.**

POLITICAS

- 1. EVITAR QUE EL PACIENTE SEA EL GESTOR DE SUS SERVICIOS BRINDANDOLE A CAMBIO AMABILIDAD Y COMODIDAD EN EL TRAMITE DE LOS MISMOS, TENIENDO COMO PARTE FUNDAMENTAL EL CARNET DE CITAS MEDICAS, LOS CRITERIOS DE TRANSFERENCIA PARA EL ENLACE POR NIVELES Y LA GESTORIA TELEFONICA.**
- 2. ORGANIZAR Y ORIENTAR AL USUARIO A TRAVES DEL PERSONAL DE RECEPCION, TRABAJO SOCIAL Y LOS MODULOS DE O.I.Q. PARA QUE CONFIANDO EN QUE RECIBIRA EL SERVICIO EVITE LAS AGLOMERACIONES Y DESPLAZAMIENTOS INUTILES.**
- 3. CREAR E INSTRUMENTAR EN CADA UNIDAD, UN ORGANO ADMINISTRATIVO PARA LAS FUNCIONES DE RECEPCION, PROGRAMACION Y TRANSFERENCIA DE LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA, ASI COMO LA CONFIRMACION DE LOS MISMOS. DICHA UNIDAD SE IDENTIFICARA POR LAS SIGLAS U.P.T. (UNIDAD DE PROGRAMACION Y TRANSFERENCIA)**
- 4. APOYAR LA CONSOLIDACION DE LA ESTRUCTURA REGIONAL**
- 5. PROGRAMAR LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA SOLICITADA POR TELEFONO O PERSONALMENTE.**
- 6. UTILIZAR EN FORMA REGULADA, EL TOTAL DE LAS HORAS MEDICO Y LA CAPACIDAD INSTALADA DE LOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO EN LA UNIDAD DE PROGRAMACION Y TRANSFERENCIA.**

7. **DISTRIBUIR LAS CONSULTAS EN EL HORARIO DE CADA MEDICO Y PROPICIAR SU PUNTUALIDAD Y PRESENCIA.**
8. **EVITAR TODA RIGIDEZ EN LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS**
- 9./ **EVITAR LOS CUELLOS DE BOTELLA EN ARCHIVO CLINICO LABORATORIO, RAYOS X, ETC.**
10. **MANTENER LA DISPONIBILIDAD PERMANENTE DE HORAS-MEDICO PARA RESOLVER LAS FLUCTUACIONES CIRCUNSTANCIALES DE CAPACIDAD Y DEMANDA DE SERVICIOS. ASI TAMBIEN, BUSCAR EL EQUILIBRIO ENTRE EL NUMERO DE SOLICITUDES Y LA CAPACIDAD DE LOS AUXILARES DE DIAGNOSTICO.**
- 11 **MANTENER UN PROGRAMA PERMANENTE DE CAPACITACION EN COMUNICACION Y RELACIONES HUMANAS PARA EL PERSONAL-QUE APLIQUE ESTE INSTRUMENTO.**

PRIMERA PARTE

**OPERACIONES PARA LA PROGRAMACION DE
SERVICIOS EN UNIDADES DE PRIMER NIVEL**

CAPITULO I

PROGRAMACION DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ.

SE CONSIDERA CONSULTA DE PRIMERA VEZ, CUANDO EL USUARIO NO HA HECHO USO DEL SERVICIO MEDICO Y NO TIENE EXPEDIENTE - EN LA UNIDAD DE PRIMER NIVEL O QUE NO HA SOLICITADO ATENCION DURANTE LOS - ULTIMOS CINCO AÑOS Y ESTA DEPURADO SU EXPEDIENTE.

SOLICITUD PERSONAL.

CUANDO EL USUARIO SOLICITA EL SERVICIO EN FORMA PERSONAL, LA RECEPCIONISTA DE LA U.P.T. LE UBICARA EN LA UNIDAD QUE - LE CORRESPONDA CON BASE EN SU DOMICILIO EN SU CASO, SE LE DARA LA BIENVENIDA A LA UNIDAD MEDICA, INFORMANDOLE ACERCA DE LOS TRAMITES Y DOCUMENTOS QUE DEBERA PRESENTAR PARA SU REGISTRO, SEGUN LAS NORMAS ESTABLECIDAS.

INFORMANDO LO ANTERIOR, SE PROCEDERA A ELABORAR EL CARNET DE CITAS MEDICAS CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL CAPITULO IV DEL MANUAL Y LA TARJETA PARA LA APERTURA DEL EXPEDIENTE, SE REGISTRA EN LA LIBRETA DE CONTROL DE LA U.P.T. PARA PACIENTES DE PRIMERA VEZ, ANOTANDO

NOMBRE DEL MEDICO ASIGNADO, TURNO, FECHA DE LA CONSULTA Y NUMERO DE FICHA. ESTOS MISMOS DATOS QUEDAN REGISTRADOS EN LA MISMA TARJETA QUE ES CANALIZADA AL ARCHIVO CLINICO PARA LA APERTURA DEL EXPEDIENTE. LA TARJETA SE QUEDA EN ARCHIVO Y EN LA LIBRETA FIRMA DE RECIBIDO LA PERSONA A QUIEN SE LE ENTREGO

SOLICITUD TELEFONICA

EN ESTE CASO EL PERSONAL DE LA U.P.T. QUE ATIENDE LA LLAMADA DEBERA SALUDAR AL USUARIO IDENTIFICAR LA UNIDAD MEDICA Y PREGUNTAR EN FORMA CORTES Y AMABLE EN QUE SE LE PUEDE SERVIR. SI EL USUARIO SOLICITA ATENCION MEDICA POR PRIMERA VEZ LA RECEPCIONISTA VERIFICARA SU ADSCRIPCION EN BASE A SU DOMICILIO; EN EL CASO DE CORRESPONDER A LA UNIDAD, LE PEDIRA QUE - POR ESA OCASION EL TRAMITE LO HAGA PERSONAL PARA SU REGISTRO EN LA UNIDAD - DANDOLE INFORMACION PRECISA DE LA LOCALIZACION, ASEGURANDOLE QUE PARA SUS CITAS SUBSECUENTES PODRA HACERLO POR TELEFONO.

CAPITULO II

PROGRAMACION DE CONSULTA SUBSECUENTE

LA CONSULTA SUBSECUENTE, CORRESPONDE AL PACIENTE QUE YA TIENE REGISTRO Y EXPEDIENTE CLINICO EN LA UNIDAD QUE LE CORRESPONDE Y QUE HA OBTENIDO EL SERVICIO MEDICO EN LA MISMA, TENIENDO ASIGNADO MEDICO Y TURNO. LA SOLICITUD DEL SERVICIO SE PUEDE HACER EN FORMA TELEFONICA O PERSONAL.

SOLICITUD PERSONAL

LA RECEPCIONISTA EN FORMA CORTES Y AMABLE, SOLICITA EL CARNET AL PACIENTE Y SE-ANOTARA LA CITA EN LA AGENDA, TOMANDO DEL CARNET LOS SIGUIENTES DATOS.

- a) NOMBRE DEL MEDICO Y TURNO
- b) NOMBRE DEL PACIENTE
- c) EDAD Y SEXO
- d) NUMERO DE REGISTRO (R.F.C.)
- e) MARCA CON UNA X QUE LA SOLICITUD FUE PERSONAL
- f) SE VERIFICAN LOS DATOS CON EL PACIENTE
- g) SE ANOTA LA CITA EN EL CARNET.

SOLICITUD TELEFONICA

EN ESTE CASO LA RECEPCIONISTA DE LA U.P.T. QUE CONTESTA EL TELEFONO DEBERA SALUDAR AL USUARIO, IDENTIFICAR LA UNIDAD Y PREGUNTAR EN FORMA CORTES Y AMABLE LOS DATOS QUE CONTIENE EL CARNET DE CITAS MEDICAS.

- a) NOMBRE DEL MEDICO Y TURNO
- b) NOMBRE DEL PACIENTE
- c) EDAD Y SEXO
- d) NUMERO DE REGISTRO (R.F.C.)

ESTA INFORMACION DEBERA SER ANOTADA POR LA RECEPCIONISTA EN LA AGENDA DEL MEDICO SOLICITANDO, EN EL ORDEN DE CADA UNA DE LAS COLUMNAS:

- a) NOMBRE DEL PACIENTE
- b) EDAD Y SEXO
- c) NUMERO DE REGISTRO
- d) MARCAR CON UNA X QUE LA SOLICITUD FUE TELEFONICA.

UNA VEZ OBTENIDA LA INFORMACION, SE DEBE VERIFICAR CON EL PACIENTE LA EXACTITUD DE LOS DATOS CON EL OBJETO DE REDUCIR LOS ERRORES.

SE INFORMA AL PACIENTE LA HORA Y NUMERO DE FICHA QUE LE CORRESPONDIO Y SE LE PIDE QUE PASE PUNTUALMENTE AL DIA SIGUIENTE - A LA U.P.T. CON EL CARNET, A CONFIRMAR SU ASISTENCIA Y EN DONDE LE ENTREGARAN SU FICHA. TAMBIEN SE LE SUPLICARA QUE SI POR ALGUN MOTIVO NO PUEDE ASISTIR A SU CITA HAGA EL FAVOR DE CANCELARLA CON TODA OPORTUNIDAD

CAPTULO III

CITA PREVIA

ES A SOLICITUD DEL MEDICO, INDICANDO EL DIA APROXIMADO EN QUE EL PACIENTE DEBE RECIBIR NUEVA CONSULTA, LA CITA PREVIA SOLO SE UTILIZARA PARA LOS CASOS DE MAXIMA PRIORIDAD, O SEA, POR PROBLEMA DIAGNOSTICO O EVOLUCION CRITICA.

LA CITA PREVIA SE CLASIFICA EN DOS:

- a) CITA PREVIA MAXIMO A 30 DIAS
- b) CITA PREVIA A MAS DE 31 DIAS
(INCLUYE LA CITA ABIERTA)

AL SALIR DE CONSULTA EL PACIENTE DEBERA ACUDIR A LA U.P.T. Y PRESENTAR LA SOLICITUD DE CITA: SI ES CON UN PLAZO MAXIMO DE 30 DIAS, SE ANOTA EN LA AGENDA CORRESPONDIENTE EN LA FECHA MAS PROXIMA A LA INDICADA POR EL MEDICO, SE RECOGE LA SOLICITUD Y SE HACE LA ANOTACION EN EL CARNET DE CITAS.

CUANDO SE TRATA DE CITA PREVIA A MAS DE 31 DIAS (INCLUYE CITA ABIERTA), AL SALIR DE CONSULTA EL PACIENTE PASA A LA U.P.T. Y SE LE PIDE QUE CONSERVE EN SU PODER LA SOLICITUD DE CITA PREIVA Y QUE LLAME POR TELEFONO A LA CLINICA CON 5 DIAS DE ANTICIPACION CON RESPECTO A LA FECHA EN QUE SE DESEE SU CITA, CON EL OBJETO DE PROGRAMARLA. LA RECEPCIONISTA DEBERA PEDIR EN FORMA AMABLE, PERO PRECISA, QUE EL DIA DE LA CONSULTA EL PACIENTE ENTREGUE EL PASE DE CITA PREVIA EN EL MOMENTO DE CONFIRMAR SU ASISTENCIA.

CAPITULO IV

ELABORACION DEL CARNET DE CITAS MEDICAS

EL CARNET DE CITAS MEDICAS, ES EL MEDIO QUE SIRVE PARA LA IDENTIFICACION DE LA UNIDAD, DEL PACIENTE, DEL MEDICO TRATANTE: RECORDATORIO DE CITAS DEL PACIENTE; TENIENDO IGUAL VALIDEZEN TODAS LAS UNIDADES MEDICAS PARA EFECTO DE PROGRAMACION DE SERVICIOS.

EL CARNET SE LLENARA DE LA SIGUIENTE MANERA:

- a. EN LA PORTADA, LLEVA EL SELLO DE LA UNIDAD CON EL NOMBRE DE LA MISMA - NUMEROS DE TELEFONOS A LOS QUE SE PUEDE COMUNICAR EL PACIENTE PARA SOLICITAR CITA, Y HORARIO DE SERVICIO TELEFONICO

b. EN LA PARTE INTERIOR, EN EL CUADRO IZQUIERDO SUPERIOR, SE ANOTARAN LOS SIGUIENTES DATOS:

- NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE
- TURNO
- NOMBRE DEL PACIENTE
- NUMERO DE REGISTRO (R.F.C.)
- EDAD Y SEXO.

CAPTULO V

LLENADO DE LA AGENDA DE PROGRAMACION

LA AGENDA DE PROGRAMACION ES EL INSTRUMENTO DE REGISTRO Y CONTROL, TANTO DE LOS DATOS DEL PACIENTE COMO DE LA DISTRIBUCION DE CITAS MEDICAS; ASI TAMBIEN, ES LA FUENTE DE INFORMACION PARA EL LLENADO DEL INFORME DIARIO DE LABORES DEL MEDICO.

EL FORMATO DE LA ÁGENDA ESTA DISEÑADO - COMO UN AUXILIAR VISUAL QUE FACILITA Y DA RAPIDEZ A LAS ACTIVIDADES DE PROGRAMACION

LA AGENDA DE COLOR AZUL SE UTILIZARA PARA MEDICINA GENERAL.

LA AGENDA SE ELABORA UNA POR CADA MEDICO Y SE COMPONDRA DE 30 A 31 HOJAS, SEGUN EL NUMERO DE DIAS QUE TENGA CADA MES. SE - CUBRE CON UN FOLDER EN CUYO FRENTE SE - ANOTA CON LETRA LEGIBLE Y GRANDE EL NOM BRE DEL MEDICO Y TURNO.

PARA SER LLENADO DE LA AGENDA SE DEBERAN ANOTAR CON CLARIDAD Y CORRECTAMENTE CADA UNO DE LOS CONCEPTOS QUE SE SEÑALAN, TENIENDO ESPECIAL CUIDADO EN SEGUIR EL ORDEN PROGRESIVO DE LAS CITAS Y PREGUNTAR AL PACIENTE SI ESTAN PENDIENTES -- RESULTADOS DE LABORATORIO, ESTUDIOS -- RADIOLÓGICOS U OTROS PARA SU CONSULTA.

CAPITULO VI

DISTRIBUCION DE LOS HORARIOS DE CITAS.

LAS CITAS SE DARAN POR GRUPOS DE 4 PACIENTES PARA MEDICINA GENERAL Y DE 3 PACIENTES PARA ODONTOLOGIA.

PARA FIJAR EL HORARIO DE CADA GRUPO, SE DEBERA SEGUIR EL SIGUIENTE PROCEDIMIENTO:

EN EL TURNO "A" (8:00 a 16:00 HRS.) SE CITARAN A LAS:

7:45 PRIMER PAQUETE
8:30 SEGUNDO PAQUETE
9:00 LOS DOS ULTIMOS PAQUETES.

EN EL TURNO "B" (12:00 a 16:00 hrs.) SE CITARAN A LAS

11:45 PRIMER PAQUETE
12:30 SEGUNDO PAQUETE
13:30 LOS DOS ULTIMOS PAQUETES.

CAPTULO VII

LLENADO DE INFORME DIARIO DE LABORES DEL MEDICO.

ESTA FORMA SE UTILIZA EN EL AREA DE LA CONSULTA EXTERNA PARA CONOCER EL NUMERO Y TIPO DE LAS CONSULTAS OTORGADAS, PROGRAMADAS O NO PROGRAMADAS, POR MEDICO, POR SERVICIO Y POR UNIDAD.

SIRVE ADEMAS, PARA EL CONTROL DE LA ENTREGA Y DEVOLUCION DE EXPEDIENTES DE LA CONSULTA.

ESTA FORMA SE ELABORA EN LA U.P.T. EN SU ORIGINAL Y DOS COPIAS.

SE UTILIZARA UN JUEGO POR CADA MEDICO -- QUE DE CONSULTA EN LA UNIDAD.

DESCRIPCION DE LA OPERACION

1. LOS CUADROS DE LA PARTE SUPERIOR DE LA FORMA PERMITEN LA IDENTIFICACION DE LA FECHA DE CONSULTA, DEL NOMBRE DEL MEDICO Y SU FIRMA.

a) EN EL CUADRO CORRESPONDIENTE A CLAVE, SE ANOTARA LA PROPIA DEL MEDICO.

b) EN EL CUADRO DE ESPECIALIDAD, SE ANOTARA LA QUE CORRESPONDA AL MEDICO.

2. EL REGISTRO DE CONSULTA SE HARA EN LA FORMA SIGUIENTE:

- a) **NOMBRE:** Se anotará el apellido paterno y materno, con el nombre de todos los - pacientes que estan programados en la - agenda.
- b) **EXPEDIENTE:** Se anotará el registro federal de cusantes completo, ejemplo: MASO-420222
- c) **SEXO:** En estas dos columnas, se anotará una X en la que corresponda, lo mismo - que se hace en la clasificación por grupo de edad.
- d) **CONSULTA DE PRIMERA VEZ.** Se marcará esta columna solamente cuando la cita tenga esta característica.

3. EL RESPONSABLE DE LA U.P.T. VERIFICARA LA IDENTIDAD DEL CONTENIDO DE LA -- AGENDA CON LA INFORMACION VACIADA EN LA FORMA INFORME DIARIO DE LABORES DEL - MEDICO.

4. AL TERMINAR EL HORARIO DE PROGRAMA MACION DE CITAS, DEBERAN SER ENTREGADAS - EN TODOS SUS TANTOS AL ARCHIVO CLINICO. A LAS 17:30 HORAS LOS TURNOS "A" Y "B" Y EL - TURNO "C" SE ENTREGARA A LAS 19:00 HORAS PARA QUE EN EL ARCHIVO SE PROCEDA A TENER

DISPONIBLES LOS EXPEDIENTES.

5. LA FORMA ORIGINAL DE INFORME DIARIO DE LABORES DEL MEDICO SE ENVIA AL MEDICO TRATANTE Y LAS DOS COPIAS DE LAS HOJAS DEL INFORME ENTREGADAS AL ARCHIVO CLINICO UNA SE REGRESA A LA -- U.P.T. A LAS 19:30 HRS. LAS DE LOS TURNOS "A" Y "B" Y A LAS 11:00 HORAS DEL DIA DE LA CONSULTA EL TURNO "C" CON LAS SIGUIENTES INDICACIONES:

- a) SI EL EXPEDIENTE NO TUVO PROBLEMA EN SU LOCALIZACION SERA MARCADO CON UNA PALOMA.**
- b) INDICACION AL PACIENTE DE PASAR AL ARCHIVO (A.C.)**
- c) ANOTACION O CORRECCION DE ERROR EN CUALQUIERA DE LOS DATOS ANOTADOS.**

ADEMAS ESTA COPIA SERA ACOMPALADA DE LAS FICHAS DE LA CONSULTA PROGRAMADA POR CADA UNO DE LOS MEDICOS ASI COMO TAMBIEN EN LAS FICHAS EN BLANCO DE LA CONSULTA NO PROGRAMADA, QUE SON LAS QUE SE UTILIZARAN PARA LA CONSULTA INMEDIATA.

ESTA MISMA COPIA SERA UTILIZADA PARA LA CONFIRMACION DE ASISTENCIA DEL PACIENTE ASI COMO PARA EL REGISTRO Y CONTROL DE LA CONSULTA INMEDIATA.

6. EN LA OTRA COPIA, FIRMARA EL PERSONAL DE LA U.P.T. DE RECIBIDO Y LA CONSERVARA EL ARCHIVO CLINICO.

CAPTULO VIII

PROGRAMACION DE ESTUDIOS DE RAYOS X Y OTROS GABINETES.

CUANDO EL PACIENTE SE PRESENTA EN LA U.P.T. PARA SOLICITAR PROGRAMACION DE ESTUDIOS DE RAYOS X (IMAGENOLOGIA) - EL PERSONAL PEDIRA AMABLEMENTE LA - FORMA DE SOLICITUD "ESTUDIO RADIOLOGICO" VERIFICARA QUE LOS DATOS SEAN CORRECTOS Y CLAROS, SOBRE TODO, QUE EL NOMBRE DEL ESTUDIO ESTE ENTENDIBLE. EN SEGUIDA PROCEDERA A LLAMAR A LA U.P.T. DE LA UNIDAD DE APOYO EN DONDE SOLICITARA LA PROGRAMACION DEL ESTUDIO. DARA EL NOMBRE DEL PACIENTE REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES, EDAD SEXO, NOMBRE DEL ESTUDIO Y DIAGNOSTICO; POR ULTIMO DARA TAMBIEN SU NOMBRE EL PROGRAMADOR. DESPUES DE DAR LOS DATOS ANTERIORES PEDIRA FECHA, HORA DE LA CITA, ASI COMO LA UBICACION DEL SERVICIO

LO CUAL SERA ANOTADO EN LA MISMA, SOLICITUD LE ENTREGARA AL PACIENTE EL INSTRUMENTO PARA LA PREPARACION QUE DEBE TENER ANTES DEL ESTUDIO; HARA INCAPIE SOBRE SU PUNTUALIDAD Y ASISTENCIA Y QUE LLAME UN DIA HABIL ANTES A LA UNIDAD PARA CORROBORAR QUE NO HAY ALGUNA CONTINGENCIA EN EL SERVICIO.

LAS CITAS SERAN REGISTRADAS EN LA LIBRETA DE CONTROL DE TRANSFERENCIAS.

CAPITULO IX

REGULACION DE ESTUDIOS DE LABORATORIO CLINICO.

CUANDO EL PACIENTE SE PRESENTA EN LA U.P.T. CON LA SOLICITUD DE LABORATORIO, EL PERSONAL LE PEDIRA EN FORMA CORTES LA ORDEN DEL LABORATORIO, VERIFICANDO QUE EL NOMBRE DEL ESTUDIO, ASI COMO EL DEL PACIENTE SEAN CLAROS Y CORRECTOS. EN LA HOJA DE REGULACION, SE ANOTARA EN FORMA SERIADA UNA CRUZ EN EL NUMERO QUE LE CORRESPONDA Y EN EL ANGULO INFERIOR DERECHO DE LA SOLICITUD SE LE ANOTARA LA FECHA DE LOS ESTUDIOS, LA HORA Y LA FIRMA DEL PROGRAMADOR. LA ORDEN SERA DEVUELTA AL PACIENTE CON LAS INDICACIONES NECESARIAS PARA PRESENTARSE A SU ESTUDIO, ASI COMO LA UBICACION DEL LABORATORIO CLINICO.

CAPITULO X

SOLICITUD DE PROGRAMACION DE CONSULTA DE ESPECIALIDAD DE PRIMERA VEZ A LA U.P.T DE LA UNIDAD DE SEGUNDO O TERCER NIVEL SEGUN SEA LA ESPECIALIDAD.

CUANDO EL USUARIO SE PRESENTA EN LA U.P.T., CON SU SOLICITUD DE CONSULTA DE ESPECIALIDAD, LA RECEPCIONISTA AMABLEMENTE LE SOLICITARA LA FORMA Y EL CARNET DE CITAS MEDICAS OBSERVANDO QUE LOS DATOS ANOTADOS SEAN CLAROS Y PRECISOS, CORROBORANDO LO ANTERIOR PROCEDERA A LLAMAR TELEFONICAMENTE A LA U.P.T. DE LA UNIDAD DE SEGUNDO O TERCER NIVEL SEGUN LA ESPECIALIDAD, IDENTIFICANDO EL NOMBRE DE LA UNIDAD Y DANDO EL NOMBRE DE LA ESPECIALIDAD QUE REQUIERE EL PACIENTE, INFORMANDO AL SOLICITANTE LA FECHA MAS PROXIMA Y HORA DISPONIBLE: SI ESTAS SON ACEPTADAS POR EL PACIENTE, SE PROCEDERA A LA SOLICITUD DE PROGRAMACION CON LOS SIGUIENTES DATOS:

- a) NOMBRE DEL PACIENTE
- b) R.F.C.
- c) EDAD Y SEXO
- d) NOMBRE DEL PROGRAMADOR QUE SOLICITA LA CONSULTA.

A SU VEZ, EL MISMO PROGRAMADOR ANOTARA ESTOS DATOS EN LA LIBRETA DE CONTROL DE TRANSFERENCIAS, ADEMAS DEL NOMBRE DE LA PERSONAL QUE LE ATENDIO Y EL SERVICIO PROGRAMADO, Y EN EL CARNET DE CITAS MEDICAS ANOTARA LOS SIGUIENTES DATOS:

- a) FECHA DE LA CITA
- b) HORA DE LA CONSULTA
- c) NOMBRE DE LA ESPECIALIDAD Y/O NOMBRE DEL MEDICO.

UNA VEZ REALIZADO LO ANTERIOR, REGRESARA AL PACIENTE EL CARNET Y EL PASE DE ESPECIALIDAD, CON LAS ORIENTACIONES NECESARIAS SOBRE LA UBICACION DE LA UNIDAD QUE LE BRINDARA EL SERVICIO. TAMBIEN LE INVITARA A QUE HAGA SU CONFIRMACION DE CITA UN DIA HABIL ANTES A LA FECHA DE LA MISMA Y PIDIENDOLE SU PUNTUAL ASISTENCIA.

CAPITULO XI

CONFIRMACION DE LOS SERVICIOS DE ESPECIALIDAD POR LA U.P.T. DE LA UNIDAD MEDICA DE PRIMER NIVEL.

EL PERSONAL DE LA U.P.T. DE LA UNIDAD MEDICA DE PRIMER NIVEL, DEBE VERIFICAR TELEFONICAMENTE TODOS LOS DIAS HABILES DE LAS 12:00 A 14:00 HORAS SOBRE LA DISPONIBILIDAD DE LOS SERVICIOS EN EL HOSPITALO INSTITUTO DE ACUERDO A LA ESPECIALIDAD PARA QUE, A SU VEZ SE CONFIRME AL USUARIO SU CITA.

LA CONSULTA DE ESPECIALIDAD, SE CONFIRMARA MEDIANTE LA LIBRETA DE CONTROL DE TRANSFERENCIAS VERIFICANDOSE POR ESPECIALIDAD Y HORARIO, INCLUSIVE PARA RAYOS X Y OTROS GABINETES, ACLARANDO ESPECIFICAMENTE LOS NOMBRES DE LOS ESTUDIOS QUE NO SE PRACTICARAN.

EN EL CASO DE LABORATORIO CLINICO, SE REVISARA EL VOLUMEN DE TRABAJO DEL DIA PARA REGULAR EL VOLUMEN DEL DIA SIGUIENTE; ASI TAMBIEN, SE AVERIGUARA SI NO HAY INTERRUPCION EN ALGUN TIPO DE ESTUDIO.

CAPITULO XII

CONFIRMACION DE SERVICIOS DE ESPECIALIDAD A LOS USUARIOS EN LA UNIDAD DE PRIMER NIVEL.

EN EL MOMENTO DE PROGRAMAR SU CITA, SE ORIENTARA AL PACIENTE PARA QUE LLAME TELEFONICAMENTE A LA U.P.T. UN DIA HABIL ANTES DE LA MISMA PARA CONFIRMAR LA DISPONIBILIDAD DEL SERVICIO EN LA UNIDAD DE APOYO.

EL HORARIO PARA PROPORCIONAR LA INFORMACION ANTERIOR, SERA DE LAS 15:00 A LAS 17:00 HORAS.

EN EL CASO DE EXISTIR ALGUNA CONSTIN-
GENCIA PARA NO OTORGAR EL SERVICIO, SE
LE SUPLICARA AL PACIENTE ACUDA NUEVA-
MENTE A LA UNIDAD DE PRIMER NIVEL PARA
OBTENER UNA NUEVA CITA.

CAPITULO XIII

CONSULTA INMEDIATA

LA CONSULTA INMEDIATA, CONOCIDA TAMBIEN
COMO EXTEMPORANEA, ES EL RECURSO QUE -
TIENE LA UNIDAD PARA SATISFACER LA DE --
MANDA DE CONSULTA NO PROGRAMADA Y QUE
PUDE SER SOLICITADA COMO URGENCIA. LA -
CONSULTA SERA OTORGADA DE PREFERENCIA
CON EL MEDICO DEL PACIENTE; EN EL CASO DE
SATURACION, CON OTRO MEDICO.

LA RECEPCIONISTA DE LA U.P.T. IDENTIFICARA
AL PACIENTE COMO DE PRIMERA VEZ O SUB -
SECUENTE, CONFORME A LOS PROCEDIMIENTOS
SEÑALADOS PARA EL CASO; UNA VEZ REALI
ZADO LO ANTERIOR, PROCEDE AL REGISTRO -
DE DATOS DEL PACIENTE EN LA HOJA DE -
CONFIRMACION DE CITAS, (COPIA BLANCA DE-
LA FORMA INFORME DIARIO DEL MEDICO -
ANOTANDO LO SIGUIENTE:

- a) NUMERO DE FICHA
- b) NOMBRE DEL PACIENTE
- c) R.F.C.
- d) EDAD Y SEXO

AL PACIENTE SE LE ENTREGARA LA FICHA QUE LE CORRESPONDA SEGUN EL NUMERO PROGRESIVO, INDICANDO EN FORMA CLARA Y AMABLE EL NOMBRE DEL MEDICO, NUMERO DE CONSULTORIO DONDE VA A RECIBIR SU CONSULTA Y LA HORA APROXIMADA DE LA MISMA. A SU VEZ SE NOTIFICARA AL ARCHIVO CLINICO PARA LOCALIZAR EL EXPEDIENTE Y ENVIARLO AL CONSULTORIO MEDICO.

CAPITULO XIV

CONSULTA DE URGENCIA

ESTE PROCEDIMIENTO SE DESARROLLARA CONFORME A EL GRADO DE URGENCIA O SE TRANSFERIRA DE INMEDIATO A OTRA UNIDAD SEGUN SEA EL CASO; LA UNIDAD DE PROGRAMACION O TRANSFERENCIA SERA LA RESPONSABLE A TRANSFERIR Y APOYAR EL SERVICIO A TRAVES DE LA COMUNICACION TELEFONICA PARA QUE LA OTRA UNIDAD ESTE ENTERADA DE LA LLEGADA DEL PACIENTE QUE AGILICE EL SERVICIO SOLICITADO.

CAPITULO XV

CANCELACION DE CONSULTA

SOLO LA DIRECCION O LA SUBDIRECCION MEDICA DE LAS UNIDADES Y EL JEFE DE LA CONSULTA EXTERNA DE LOS HOSPITALES ESTAN FACULTADOS PARA CANCELAR LA CONSULTA A UN PACIENTE. POR OTRO LADO, TAMBIEN TIENEN LA RESPONSABILIDAD DE TRANSFERIR LA PROGRAMACION DE CONSULTA DE UN MEDICO A OTRO (S) EN LOS CASOS DE AUSENCIA IMPREVISTA DEL TITULAR.

EL PERSONAL DE LA U.P.T., INFORMARA
AL DIRECTOR O SUBDIRECTOR DE LA UNIDAD
DE PRIMER NIVEL O AL JEFE DE LA CONSULTA
EXTERNA DEL HOSPITAL CUANDO 30 MINUTOS-
DESPUES DE INICIADO EL TURNO RESPECTIVO -
NO SE HAYA INICIADO LA CONSULTA, PARA -
QUE DE INMEDIATO SE TOMEN LAS MEDIDAS -
QUE EVITEN RETRASO EN EL OTORGAMIENTO-
DEL SERVICIO.

SEGUNDA PARTE

**NORMAS DE OPERACION PARA EL ENLACE DEL
SISTEMA ENTRE UN NIVEL Y OTRO.**

CRITERIOS ADMINISTRATIVOS DE TRANSFERENCIA.

1. LOS PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS PARA LA TRANSFERENCIA DE PACIENTE SE APEGARAN AL FUNCIONAMIENTO DE LA ESTRUCTURA REGIONAL Y A LOS CRITERIOS MEDICOS QUE SE ESTABLEZCAN PARA LA ATENCION DE LOS PACIENTES AMBULATORIOS EN LOS DIFERENTES NIVELES DE ATENCION, DEL PRIMERO AL TERCERO Y VICEVERSA.
2. PARA TRAMITAR CONSULTA DE ESPECIALIDAD EN OTRA UNIDAD TODO PACIENTE DEBE SER CANALIZADO POR EL MEDICO GENERAL EN SU CLINICA DE ADSCRIPCION, A TRAVES DE LA FORMA QUE SE OFICIALICE, SALVO LOS CASOS DE URGENCIA.
3. TODA SOLICITUD DE CONSULTA DE ESPECIALIDAD DE PRIMERA VEZ QUE RQUIERA SER TRANSFERIDA A OTRA UNIDAD, SERA TRAMITADA POR LA U.P.T. A TRAVES DEL SISTEMA DE ENLACE DE LA CITA PROGRAMADA TELEFONICA.
4. TODA SOLICITUD DE RAYOS X Y OTROS GABINETES, DEBE SER TRAMITADA POR LA U.P.T. DE LA UNIDAD DE PRIMER NIVEL Y PROGRAMADA POR LA U.P.T. DE LA UNIDAD DE SEGUNDO O TERCER NIVEL.
5. TODA SOLICITUD DE LABORATORIO DEBE SER REGULADA POR LA U.P.T. DE LA UNIDAD DE PRIMER NIVEL, TOMANDO EN CUENTA EL VOLUMEN ASIGNADO POR LA UNIDAD DE APOYO .
6. LAS CITAS DE ESPECIALIDAD Y GABINETES, SE TRAMITARAN TELEFONICAMENTE POR EL PERSONAL DE LA U.P.T. DE LA UNIDAD DE PRIMER NIVEL, EN EL MOMENTO EN QUE EL PACIENTE SE PRESENTA CON SU SOLICITUD, DENTRO DEL HORARIO ESTABLECIDO.

7. PARA LA ATENCION DE CONSULTA DE ESPECIALIDAD, LABORATORIO Y RAYOS X OTORGADOS EN OTRA UNIDAD, EL PERSONAL DE LA U.P.T. PROPORCIONARA AL PACIENTE INFORMACION BASTA Y SUFICIENTE PARA LA OBTENCION DEL SERVICIO DESEADO.
8. A TODO PACIENTE QUE SEA TRANSFERIDO A CONSULTA DE ESPECIALIDAD SE LE INFORMARA QUE LLEVE CONSIGO SU CARNET DE CITAS Y SU "PASE" (FORMA OFICIAL)
9. PARA LA PROGRAMACION DE SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD DE PRIMER NIVEL A LA CONSULTA EXTERNA DE LOS HOSPITALES O INSTITUTOS DE ALTA ESPECIALIDAD, SE DISPONDRA DE LINEAS TELEFONICAS EXPRESO.
10. LAS UNIDADES DE ESPECIALIDADES EN LA CONSULTA EXTERNA DISPONDRAN DE PERSONAL VESPERTINO EN SUS U.P.T. --- CON BASE EN LA DEMANDA.
11. EL HORARIO DE CONFIRMACION DE CITAS PARA LOS PACIENTES DE PRIMERA VEZ TRANSFERIDOS, SERA EN EL TURNO VESPERTINO EN LA U.P.T. DE LA UNIDAD DE PRIMER NIVEL.
12. LOS USUARIOS, PODRAN LLAMAR POR TELEFONO A LA UNIDAD DE PRIMER NIVEL PARA CONFIRMAR SU CITA DE ESPECIALIDAD O GABINETE CON UN DIA DE ANTICIPACION. (LABORABLE)
13. PARA DAR LA CONFIRMACION DE CITA AL PACIENTE, LAS UNIDADES DE PRIMER NIVEL, SOLICITARAN TELEFONICAMENTE A SU UNIDAD DE APOYO INFORMACION DE EVENTUALIDADES EN SUS SERVICIOS, Y EN ESTA FORMA EVITARLE VUELTAS INUTILES.

14. LAS CONSULTAS SUBSECUENTES DE ESPECIALIDAD SERAN PROGRAMADAS POR LA U.P.T. DE LA UNIDAD QUE OTORQUE EL SERVICIO.
15. LAS U.P.T. DISPONDRAN DE TODA LA INFORMACION NECESARIA PARA BRINDAR UN MEJOR SERVICIO AL PUBLICO USUARIO.
16. LOS PACIENTES QUE SE PRESENTEN CON PROBLEMAS QUE AMERITEN ATENCION DE URGENCIA SERAN ATENDIDOS INMEDIATAMENTE SIN PREVIA PROGRAMACION A LA HORA QUE SE SOLICITE.
17. A JUICIO DEL MEDICO TRATANTE, DEL DIRECTOR O SUBDIRECTOR MEDICO DE LA UNIDAD DE PRIMER NIVEL, EL "PASE" SE ACOMPAÑARA CON LOS RESULTADOS DE LABORATORIO O GABINETE QUE FACILITEN LA ATENCION DEL PACIENTE Y EN FORMA SECUNDARIA SE AHORREN RECURSOS.

TERCERA PARTE

**PROCEDIMIENTOS PARA LA PROGRAMACION DE SERVICIOS
EN LA CONSULTA EXTERNA DE LAS UNIDADES
DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL.**

OPERACIONES PARA LA PROGRAMACION DE SERVICIOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE LAS UNIDADES DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL.

CAPTULO I PROGRAMACION DE CONSULTA DE ESPECIALIDAD DE PRIMERA VEZ.

SOLICITUD TELEFONICA

EL PERSONAL DE LA U.P.T. DE LA UNIDAD DE ESPECIALIDADES AL RECIBIR LA SOLICITUD PEDIRA EL NOMBRE DE LA ESPECIALIDAD, LOCALIZARA LA AGENDA RESPECTIVA, INFORMARA DE LA FECHA MAS PROXIMA Y LA HORA, ASI COMO DE POSIBLES ALTERNATIVAS. AL OBTENER LA ACEPTACION CORRESPONDIENTE PROGRAMARA SOLICITANDO NOMBRE DEL PACIENTE, NUMERO DE REGISTRO, EDAD, SEXO Y NOMBRE DE LA PERSONA QUE TRAMITA LA CONSULTA. A SU VEZ INFORMARA: FECHA, HORA, NOMBRE DEL MEDICO, NUMERO DE CONSULTA Y LA UBICACION DE SERVICIO; TAMBIEN, LA RECOMENDACION DE QUE EL USUARIO, EL DIA DE LA CONSULTA, LLEVE SU CARNET, LA SOLICITUD DE CONSULTA DE ESPECIALIDAD, Y QUE SEA PUNTUAL.

SOLICITUD PERSONAL

SI EL USUARIO SE PRESENTA A LA U.P.T. DE LA UNIDAD DE ESPECIALIDADES CON SU SOLICITUD (FORMA OFICIAL) EL PERSONAL PEDIRA AMABLEMENTE EL CARNET DE CITAS PROCEDERA A PROGRAMAR LA CONSULTA EN LA AGENDA CORRESPONDIENTE, DANDOLE LAS INDICACIONES QUE EN EL CASO ANTERIOR --- DEL PRIMER NIVEL.

CAPITULO II**PROGRAMACION DE CONSULTA DE ESPECIALIDAD SUBSECUENTE.**

LA CONSULTA SUBSECUENTE CORRESPONDE AL PACIENTE QUE YA TIENE REGISTRO Y EXPE -- DIENTE CLINICO EN LA UNIDAD DE ESPECIA -- LIDADES (HOSPITAL O INSTITUTO Y QUE HA -- OBTENIDO SERVICIOS MEDICOS EN LA MISMA)

ESTA CONSULTA, SALVO LOS CASOS DE MAXIMA PRIORIDAD EN QUE SE RESPETARA LA FECHA -- SEÑALADA, SE OTORGA MEDIANTE EL PROCEDI -- MIENTO DE CITA PREVIA, EN DONDE EL MEDICO LA SOLICITA INDICANDO EL NUMERO DE DIAS APROXIMADO EN QUE EL PACIENTE DEBE RECI -- BIR NUEVA CONSULTA.

AL SALIR DE CONSULTA, EL PACIENTE DEBERA ACUDIR A LA U.P.T. Y PRESENTAR LA SOLI -- CIDAD DE CITA, JUNTO CON SU CARNET, SE -- PROGRAMA EN LA AGENDA CORRESPONDIENTE EN LA FECHA MAS PROXIMA A LA INDICADA - POR EL MEDICO, SE RECOGE LA SOLICITUD --- Y SE HACE LA ANOTACION EN EL CARNET DE CITAS, PREVIO REGISTRO DE LA CONSULTA -- EN LA AGENDA CORRESPONDIENTE.

CAPITULO III

LLENADO DE LA AGENDA DE PROGRAMACION

LA AGENDA SE UTILIZA EN LA U.P.T. PARA LA PROGRAMACION DE CONSULTA POR ESPECIA--- LIDAD, POR DIA, POR TURNO, POR HORA Y POR MEDICO, USANDO TODA LA CAPACIDAD DISPONI BLE CON EL OBJETO DE ACORTAR EL PERIODO DE ESPERA DE CONSULTA. ASI TAMBIEN ES LA FUENTE DE INFORMACION PARA EL LLENADO-- DEL INFORME DIARIO DEL MEDICO.
(VER CAPITULO V DE LA PRIMERA PARTE)

DISTRIBUCION DE CITAS:

LA DISTRIBUCION SE HACE EN LAS AGENDAS TENIENDO EN CUENTA LOS GRUPOS Y EL -- TIPO DE SOLICITUD.

1. LAS CITAS DE PRIMERA VEZ, SERAN UNA POR CADA HORA DE CONSULTA DEL MEDICO ESPECIALISTA.
2. LA CITA PREVIA CON PRIORIDAD SERA OTORGADA UNA POR CADA HORA DE CONSULTA DEL MEDICO ESPECIALISTA

LA CITA PREVIA CON PRIORIDAD, ES AQUELLA QUE EL MEDICO SOLICITA PARA QUE SEA OTORGADA EN FECHA FIJA Y SE DESTINA PARA LA ATENCION DEL PACIENTE - CON PROBLEMA DIAGNOSTICO O EVOLUCION CRITICA, SIN CAER EN LO QUE SE ENTIENDE POR CASO DE URGENCIA.

CAPITULO IV

DISTRIBUCION DE LOS HORARIOS DE CITAS

EL HORARIO PARA ATENDER LAS SOLICITUDES DE PROGRAMACION SERA DE LAS 9:00 A LAS 19:00 HORAS EN DIAS HABILES

LAS CITAS SE DARAN EN GRUPOS DE 3 PACIENTES POR HORA-MEDICO ESPECIALISTA.

PARA FIJAR EL HORARIO DE CADA GRUPO SE UTILIZARA EL PROCEDIMIENTO SEÑALADO EN EL CAPITULO VI DE LA PRIMERA PARTE.

CAPITULO V

LLENADO DE LA FORMA INFORME DIARIO DE LABORES DEL MEDICO

ESTA FORMA SE UTILIZA EN EL AREA DE LA CONSULTA EXTERNA PARA CONOCER EL NUMERO Y TIPO DE LAS CONSULTAS OTORGADAS, PROGRAMADAS O NO PROGRAMADAS, POR MEDICO, POR SERVICIO Y POR UNIDAD. SIRVE ADEMAS, PARA EL CONTROL DE LA ENTREGA Y DEVOLUCION DE EXPEDIENTES DE LA CONSULTA.

ESTA FORMA SE ELABORARA EN LA U.P.T. EN SU ORIGINAL Y COPIA MAS DOS COPIAS "BLANCAS". CUANDO EL INFORME CORRESPONDE A UN MEDICO QUE REALIZA UNA SUSTITUCION, SE AGREGARA UNA COPIA IMPRESA MAS.

SE UTILIZARA UNA FORMA POR CADA MEDICO QUE DE CONSULTA EN LA UNIDAD

PROCEDIMIENTO:

1. LOS CUADROS DE LA PARTE SUPERIOR DE LA FORMA, PERMITEN LA IDENTIFICACION DE LA FECHA DE CONSULTA, DEL NOMBRE DEL MEDICO Y SU FIRMA.

a) EN EL CUADRO CORRESPONDIENTE A LA CLAVE, SE ANOTARA LA PROPIA DEL MEDICO.

b) EN EL CUADRO DE ESPECIALIDAD, SE ANOTARA LA QUE CORRESPONDA AL MEDICO.

2. EL REGISTRO DE CONSULTA SE HARA EN LA FORMA SIGUIENTE:

a) NOMBRE: SE ANOTARA EL APELLIDO PATERNO Y MATERNO CON EL NOMBRE COMPLETO DE TODOS LOS PACIENTES QUE ESTAN PROGRAMADOS EN LA AGENDA.

b) EXPEDIENTE: SE ANOTARA EL REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES COMPLETO, EJEMPLO MASO-420222

c) SEXO: EN ESTAS DOS COLUMNAS SE ANOTARA "X" EN LA QUE CORRESPONDA, LO MISMO SE HACE EN LA CLASIFICACION POR GRUPOS DE EDAD.

d) CONSULTA DE PRIMERA VEZ: SE MARCARA ESTA COLUMNA SOLAMENTE CUANDO LA CITA TENGA ESTA CARACTERISTICA.

3. EL RESPONSABLE DE LA U.P.T. VERIFICARA LA IDENTIDAD DEL CONTENIDO DE LA AGENDA CON LA INFORMACION VACIADA DEL INFORME DIARIO DEL MEDICO.

4. EL DIA ANTERIOR A LA CONSULTA, LA FORMA INFORME DIARIO DEL MEDICO DEBERA SER ENTREGADA AL ARCHIVO CLINICO, EN TODOS SUS TANTOS PARA QUE ESTE PROCEDA A SACAR LOS EXPEDIENTES Y ENVIARLOS A LOS CONSULTORIOS.

- 5 DE LAS DOS COPIAS DE LA HOJAS INFORME DIARIO DEL MEDICO ENTREGADAS AL ARCHIVO CLINICO, UNA SE REGRESA A LA U.P.T. A MAS TARDAR A LAS 19:00 HORAS CON LAS SIGUIENTES INDICACIONES:
 - a) SI EL EXPEDIENTE NO TUVO PROBLEMA EN SU LOCALIZACION SERA MARCADO CON UNA PALOMA.

 - b) INDICACION AL PACIENTE DE PASAR AL ARCHIVO. (A.C.)

 - c) ANOTACION O CORRECCION DE ERROR EN CUALQUIERA DE LOS DATOS ANOTADOS.

ESTA COPIA SERA UTILIZADA PARA LA CONFIRMACION DE ASISTENCIA DEL PACIENTE, - ASI COMO PARA EL REGISTRO Y CONTROL - DE LA CONSULTA INMEDIATA, LA CUAL SE OTORGARA SIGUIENDO CRITERIOS SEMEJANTES A LOS DEL CAPITULO XII DE LA PRIMERA PARTE. EN LA OTRA COPIA FIRMARA EL PERSONAL DE LA U.P.T. DE RECIBIDO Y LA-

CONSERVARA EL ARCHIVO CLINICO.

CAPITULO VI

PROGRAMACION DE ESTUDIOS DE IMAGENOLOGIA Y OTROS GABINETES.

CUANDO EL PERSONAL DE LA U.P.T. DE LA UNIDAD DE ESPECIALIDADES, RECIBE LA LLAMADA TELEFONICA PARA SOLICITARLE- PROGRAMACION DE ESTUDIOS DE GABINETE SE LOCALIZARA LA AGENDA Y SE PEDIRAN LOS SIGUIENTES DATOS

- a) NOMBRE DEL PACIENTE
- b) NUMERO DE REGISTRO
- c) SEXO
- d) EDAD
- e) NOMBRE DEL ESTUDIO
- f) NOMBRE DE LA PERSONA QUE HACE EL TRAMITE.

ESTOS DATOS QUEDARAN REGISTRADOS EN LA FECHA MAS PROXIMA. A LA VEZ LE INFORMARA AL SOLICITANTE LO SIGUIENTE:

- a) FECHA DEL ESTUDIO
- b) HORA
- c) UBICACION DEL SERVICIO
- d) NOMBRE DEL PROGRAMADOR

ES IMPORTANTE INSISTIRLE AL TRAMITADOR LO REFERENTE A QUE LE ENTREGUE AL PACIENTE EL INSTRUCTIVO DE PREFARACION PARA EL ESTUDIO, ASI COMO RECORDARLE AL PACIENTE SU PUNTUALASISTENCIA Y QUE LLAME UN DIA ANTES A SU UNIDAD DE PRIMER NIVEL, PARA CONFIRMAR EL OTORGAMIENTO DEL SERVICIO.

CAPITULO VII

CONFIRMACION DE SERVICIOS A LAS UNIDADES DE PRIMER NIVEL.

EL PERSONAL DE LA U.P.T. DE LA UNIDAD DE SEGUNDO NIVEL DEL INSTITUTO, DEBE TENER INFORMACION PRECISA SOBRE LA DISPONIBILIDAD DE CADA UNA DE LAS ESPECIALIDADES, ASI COMO DEL LABORATORIO CLINICO, RAYOS X Y OTROS GABINETES PARA PROPORCIONARLA AL PERSONAL DE LA U.P.T. DE LA UNIDAD DE PRIMER NIVEL -- QUIEN LLAMARA DIARIAMENTE DE LAS -- 12:00 A LAS 14:00 HORAS PARA SOLICITARLA.

SE HACE INCAPIE EN EL CONOCIMIENTO QUE LA U.P.T. DEBE TENER DE LOS FACTORES QUE GENERAN LA CANCELACION A LOS SERVICIOS COMO:

- a) AUSENCIA DE PERSONAL
- b) FALTA DE MATERIAL
- c) DESCOMPOSTURA DEL EQUIPO
- d) OTROS

CAPTULO VIII

ELABORACION DEL CARNET DE CITAS MEDICAS.

CUANDO EN LOS HOSPITALES Y EN LOS INSTITUTOS DE ESPECIALIDADES SE PRESENTE LA NECESIDAD DE ELABORACION DE CARNET DE CITAS, SE HARA CONFORME A LOS SIGUIENTES LINEAMIENTOS:

EL CARNET DE CITAS MEDICAS ES EL MEDIO PARA LA IDENTIFICACION DE LA UNIDAD DEL PACIENTE; Y RECORDATORIO DE CITAS DEL PACIENTE EN LOS DIFERENTES SERVICIOS; TENIENDO IGUAL VALIDEZ EN TODAS LAS UNIDADES MEDICAS PARA EFECTO DE PROGRAMACION.

EL CARNET DEBE LLENARSE DE LA SIGUIENTE MANERA:

1. EN LA PORTADA, LLEVARA EL SELLO DE LA UNIDAD CON EL NOMBRE DE LA MISMA.
2. EN LA PARTE INTERIOR, EN EL RECUADRO IZQUIERDO SUPERIOR, SE ANOTARAN LOS SIGUIENTES DATOS:

- a) NOMBRE DEL USUARIO
- b) NOMBRE DEL PACIENTE
- c) NUMERO DE REGISTRO (R.F.C.) Y
NUMERO QUE COMO DERECHO--
HABIENTE LE CORRESPONDE.
- d) EDAD Y SEXO.

EN EL REVERSO, EL CARNET LLEVARA UN SELLO CON LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS: 6 LINEAS HORIZONTALES - Y CON UNA "V" A LA IZQUIERDA. CADA LINEA REPRESENTA DOS MESES DEL AÑO; ANOTANDO LA DELEGADA DE VIGENCIA DE DERECHOS LA FECHA TERMINO QUE AMPARA LA VIGENCIA Y SU FIRMA.

SUBDIRECCION GENERAL MEDICA

-161-

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE FORMATOS

I CARACTERISTICAS GENERALES		
NOMBRE	SOLICITUD DE REFERENCIA DE PACIENTES DE UNID. PROB.	CLAVE
TAMANO	CARTA	NUMERO DE HOJAS DOS
TIPO DE ELABORACION	MANUAL O MECANOGRAFIADO	RESPONSABLE DE SU ELABORACION MEDICO TRATANTE

II OBJETIVO
MEDIO DE ENLACE ENTRE LA UNIDAD MEDICA DEL INSTITUTO Y LA UNIDAD SUBROGADA, MOTIVADO POR LA SATURACION EN LA CAPACIDAD INSTALADA O BIEN CARECER DE LA INFRAESTRUCTURA NECESARIA, A FIN DE BRINDAR ATENCION MEDICA DE CALIDAD

III DISTRIBUCION		
Nº TANTOS	DESTINO	UTILIZACION
0	UNIDAD TRATANTE	TRAMITES ESTADISTICOS Y ADMINISTRATIVOS
1	UNIDAD SUBROGADA	TRAMITES MEDICOS Y ADMINISTRATIVOS.

IV DESCRIPCION DE DATOS		
NUMERO	NOMBRE DEL CAMPO	SE DEBE ANOTAR
1	FOLIO	NUMERO CONSECUTIVO
2	FECHA	DIA, MES Y AÑO EN QUE SE LLENA
3 o 18	DE LA UNIDAD A LA UNIDAD DIRECCION TELEFONO	NOMBRE, DIRECCION Y TELEFONO RESPECTIVAMENTE DE LA UNIDAD TRATANTE Y SUBROGADA RESPECTIVAMENTE.

IV DESCRIPCION DE DATOS		
NUM.	NOMBRE DEL CAMPO	SE DEBE ANOTAR
	IDENTIFICACION DEL PACIENTE	
9	Nombre	Nombre y apellidos del paciente
10	Edad	Años cumplidos
11	Sexo M F	Con una cruz según corresponda
12	Expediente clínico	Número completo del expediente
13	Domicilio	Dirección del paciente.
14	Teléfono	Número si es el caso
	EN CASO NECESARIO COMUNICAR SE CON	
15	Nombre	Nombre y apellidos de la persona a quien puede dirigirse en caso necesario.
16	Parentesco	Que tenga con el paciente.
17	Dirección	Su domicilio
18	Teléfono	Número si es el caso
19	Diagnóstico	Anotar el diagnóstico presuncional obtenido a través de datos clínicos
20	Médico tratante	Nombre, firma y clave
21	Director	Firma

INSTRUCTIVO PARA LA HOJA DE CONTRA-REFERENCIA

- I Este formato se llenará en original y dos copias
- II Cuando el médico tratante decida contra-referir a un paciente a su unidad de origen, deberá llenar en forma clara.
- III El llenado de cada punto deberá realizarse en la forma siguiente:

NUMERO DE EXPEDIENTE Anotar el número de registro del expediente del paciente que se contra-refiere.

FECHA Anotar la fecha en que el médico envía al -
paciente a su unidad de adscripción en el siguiente -
orden: día, mes y año.

NOMBRE DEL PACIENTE Anotar el nombre del paciente en
el siguiente orden: apellido paterno, apellido ma -
terno y el o los nombres.

FECHA DE NACIMIENTO Anotar la fecha de nacimiento del
paciente de la manera siguiente: día, mes y año. Si -
se desconoce el dato preciso, anotar en el año la edad -
aproximada.

SEXO Marcar con una "X" el sexo al que corresponde
el paciente.

DOMICILIO Anotar el domicilio donde vive el paciente,
en el siguiente orden: nombre de la calle, número -
exterior, número interior, (si lo hay), nombre de la -
colonia, código postal y delegación política.

NOMBRE DE LA UNIDAD QUE CONTRA-REFIERE Anotar el nombre
de la unidad operativa que contra-refiere al paciente.

DOMICILIO DE LA UNIDAD QUE CONTRA-REFIERE Anotar el domicilio de la unidad que contra-refiere al paciente en el siguiente orden: nombre de la calle, número exterior, nombre de la colonia, código postal y delegación política.

SERVICIO QUE CONTRA-REFIERE Especificar el servicio que contra-refiere al paciente a la unidad de origen.

NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE SE CONTRA-REFIERE Anotar el nombre de la unidad de adscripción del paciente.

DOMICILIO DE LA UNIDAD A LA QUE SE CONTRA-REFIERE Anotar el domicilio de la unidad de adscripción del paciente en el siguiente orden: nombre de la calle - número exterior, nombre de la colonia, código postal y delegación política.

SERVICIO AL QUE SE CONTRA-REFIERE Anotar el servicio al que se envía al paciente

RESUMEN DEL MANEJO Y EVOLUCION DEL PACIENTE En este rubro, el médico anotará brevemente los datos que se solicitan.

DIAGNOSTICO (S) DE INGRESO En este apartado, el -- médico deberá anotar el o los diagnósticos con los - cuales se envió al paciente.

DIAGNOSTICO (S) DE EGRESO En este rubro, se anotarán el o los diagnósticos con los que se remite al paciente a la unidad de adscripción.

INSTRUCCIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO MEDICO DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE ADSCRIPCION.

En este rubro, se anotarán las sugerencias, para el - manejo del paciente en la unidad de adscripción.

CONTROL DEL PACIENTE Marcar con una "X" el paréntesis que corresponda al rubro mediante el cual se sugiere - controlar al paciente.

MEDICO TRATANTE Anotar el nombre y la firma del médico que remite al paciente a su unidad de origen.

RESPONSABLE DE LA UNIDAD Anotar el nombre y la firma del responsable de la unidad que remite al paciente.

- IV Se entregará al paciente o responsable del mismo, el original del formato, el cual deberá entregar en la unidad de origen.
- V La primera copia del formato se archivará en el expediente de la unidad que efectúa la contra-referencia.
- VI La segunda copia del formato se enviará al Departamento de Estadística de la unidad que contra-refiere y se anexará al informe mensual.