

Programa para asegurar la oportunidad de la atención médica

RESUMEN

Como parte de la modernización de los sistemas públicos de salud en México y con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios a la población afiliada al ISSSTE se creó el programa para asegurar la oportunidad de la atención, que permitiría mejorar tiempos de espera, optimizar recursos y brindar atención médica en cirugía, consulta de especialidad, estudios de laboratorio y terapias de rehabilitación. El programa detectó problemas específicos; se creó un sistema de agenda única de cirugía y consulta, se estableció el escalonamiento de la consulta y se contrató personal para disminuir el rezago en los servicios señalados, por mencionar algunas conductas. El programa en sus 8 fases ha permitido otorgar 43,349 cirugías, 206,155 consultas, 186,923 estudios de gabinete y 306,061 terapias de rehabilitación, un total de 742,488 atenciones. Este programa ha cumplido satisfactoriamente con éxito las metas planteadas, cumpliendo con los estándares y lineamientos marcados por el instituto.

Palabras clave: innovación, oportunidad de atención, servicios de salud.

Héctor Hurtado Reyna¹
Jorge Alberto Arizmendi Baena²
Luis Daniel Servín Damián³
Luis Manuel Moreno Gómez⁴
Sergio B. Barragán Padilla⁵

¹ Jefe de Servicios. Medicina Especializada y Hospitalaria.

² Jefe de Departamento Atención Quirúrgica y Urgencias.

³ Supervisor Médico.

⁴ Subjefe de Departamento.

⁵ Subdirector Médico. Subdirección de Regulación y Atención Hospitalaria.

Dirección Médica, ISSSTE, México DF.

Program to ensure the opportunity to care service

ABSTRACT

As part of the modernization of health public systems in Mexico and with the aim of improving the quality of services affiliated ISSSTE population, the program was created to ensure the timeliness of care, which would improve waiting times optimize resources and provide care in surgery, specialty consultation, laboratory and rehabilitation therapies. The program detected with specific problems, a one-stop surgery and consultation agenda was created, staggering consultation and contract staff was established to reduce the backlog in the cases noted, to name a few behaviors. The program in its 8 phases grant has allowed 43,349 surgeries, 206.155 consultations, 186.923 desk studies and 306.061 rehabilitation therapies, a total of 742, 488 attentions. This program has successfully met the goals, meeting the standards and guidelines set by the institute.

Key words: innovation, opportunity of care, health services.

Recibido: octubre 2013

Aceptado: enero 2014

Correspondencia

Héctor Hurtado Reyna o Luis Daniel Servín Damián
Av. San Fernando 547, 5º Piso
Col. Toriello Guerra
CP. 14050 México, DF.
hhurtado@issste.gob.mx
luis.servin@issste.gob.mx
daniciru07@gmail.com

Este artículo debe citarse como

Hurtado Reyna H, Arizmendi Baena JA, Servín Damián LD, Moreno Gómez LM, Barragán Padilla SB. Programa para asegurar la oportunidad de la atención médica. Rev Esp Med Quir 2014;19:122-133.

Los sistemas de salud a lo largo del mundo enfrentan el reto de una creciente utilización de los servicios de salud asociada a un incremento de los gastos que imponen un peso considerable a los recursos de las naciones.¹

En el mundo se busca una modernización de sus estructuras y una reorganización de sus políticas sociales, en el mismo contexto en sus sistemas de salud. Debido a esto, en el transcurso de los años, se han implementado estrategias que mejoran la calidad de la atención, para reducir los tiempos de espera en la atención médica, y para ofrecer servicios de salud integrados y coordinados; pero esto sólo se ha conseguido en parte.

Como resultado, la necesidad de diseñar estrategias para el control de costos e introducir procedimientos eficaces en los sistemas se vuelve más aguda: al mismo tiempo, el nivel y tipo de participación del gobierno en el campo de la atención a la salud están cambiando muy rápidamente.¹

Los sistemas de salud europeos no son la excepción a los problemas de salud; en Alemania el modelo bismarckniano establece que las fuentes de financiamiento sean de contribuciones sociales obligatorias así como contribuciones privadas voluntarias teniendo un nivel de cobertura de 90% de la población (fondos públicos). De la misma forma Austria con una cobertura de 99% de la población, en Francia 87% de la población tiene una cobertura complementaria, en Grecia 95% de la población, Luxemburgo con un 100% de la población y Holanda 95% de la población.

En cambio el otro sistema que ha reflejado resultados aceptables está dentro del modelo de Beverige con fuentes de financiamiento de impuestos locales, regionales, estatales y privados como Dinamarca, que alcanza el 100% de cobertura de su población, Finlandia 100% de

su población, Italia, con impuestos regionales, 100% de su población. Con este modelo de complemento el Reino Unido con impuestos generales a 88%, más los privados, ha tenido a 100% la cobertura de su población; en Suecia, con impuestos 70% de fondos sanitarios más 13% de fondos en seguridad social y con 17% de aportación privada alcanza a 100% de su población.²

Sin embargo, no se trata de cuánto dinero se invierte sino como se administra. Se ha identificado que cada país ha tenido que tomar diversos modelos de salud y los han adaptado a sus necesidades. Bajo esta propuesta, en México, uno de los principales problemas en materia sanitaria son los llamados “tiempos de espera”.

El proceso de calidad en los sistemas se han perfeccionado con el tiempo en México, sin embargo uno de los grandes problemas que se ha enfrentado es en las listas de espera, una definición práctica es “el espacio de tiempo, entre procedimiento requerido y el número de pacientes”.

Se ha establecido desde tiempos memorables que el distanciamiento entre oferta de servicios y demanda de los mismos, es clave sustancial al problema. También se ha de reconocer que a la población siempre se le ha negado la posibilidad de acceder a procedimientos médicos potencialmente beneficiosos y que siempre se hará independientemente de cuánto se gasta en sanidad.

Uno de los mecanismos más antiguos para la distribución de los bienes y servicios escasos es el mercado, de hecho, en un sistema de mercado perfecto no tienen sentido las listas de espera, en todo caso la existencia de las mismas sería la constatación de un exceso de demanda que frente a una oferta limitada hace subir el precio de acceso hasta equilibrar el mercado. El objetivo

del racionamiento y la determinación de prioridades no es otro que tratar de adecuar la oferta de los servicios en un contexto de limitaciones presupuestarias.²

En los sistemas sanitarios se pretende hacer valer tres principios que se cree son el reflejo de unos valores sociales inalienables: 1) proveer un amplio espectro de prestaciones sanitarias, 2) de calidad, 3) para todos los ciudadanos, sobre la base de criterios de necesidad médica, sin barreras de acceso de tipo financiero ni de tiempo.²

En Holanda en 1990 se identificaron cuatro criterios: I) la necesidad desde el punto de vista de la comunidad, II) la efectividad demostrada, III) la eficiencia demostrada y IV) la posibilidad de que los individuos puedan hacerse cargo de la atención.²

En el caso del sistema de salud de Cuba, el estado interviene en la regulación, siendo compartido en cierto grado de regulación entre diferentes niveles administrativos el cual constituye la principal fuente de financiamiento., prestador de servicios de salud, a través de instalaciones sanitarias propias y personal de salud asalariado. Asume la regulación aunado al principio de ciudadanía como determinante.³

En México el modelo de salud está organizado en dos grandes sectores en donde el primero se encuentra en la población que está afiliada una institución en materia de seguridad como el ISSSTE, IMSS, mismos que se financia, el primero por una participación del Gobierno Federal y otro por parte del trabajador. En el segundo sector se atiende bajo recursos de la misma población como es el servicio particular o por medio de empresas privadas como son las aseguradoras y el último sector pertenece a la población que accede a la salud por medio de la Secretaría de Salud.

Cada uno de los servicios actualmente se financia de forma independiente, por lo que conlleva a una desigualdad en la atención en materia de salud en el país.

Una de las medidas implementadas en diversos países y en México ha sido solventar el problema con una aportación financiera mayor; sin embargo, a través de la historia se ha visto que mientras no exista una administración que sancione el aumento de las listas de espera y en contraposición incentive a sus instituciones para la reducción del gasto efectivo hacia la sanidad, se alargará la brecha de la misma. Tener en cuenta que el aumento de la cantidad aportada en insumos hacia cada hospital no implicará mayor productividad por parte del personal médico y que un cambio en la remuneración que se aleje del pago por salario no ajustado por actividad de cada médico puede tener efecto directo sobre las listas de espera en atención especializada y pruebas diagnósticas.⁴

Por ello se plantea como en el mundo actual la creación de proyectos basados en la unificación de información y programación, depuración periódica, guía clínica, gestión de la demanda, priorización por necesidad e incremento de la oferta.⁵

En México, en concreto dentro del ISSSTE, surge la necesidad de crear un programa para mejorar los tiempos de espera, a través de optimizar al máximo los recursos existentes en función de una nueva estrategia administrativa que de oportunidad de mejora de la calidad en sus servicios en diferentes instituciones.^{6,7}

Si bien el objetivo es contar con los recursos necesarios para consolidar y dar crecimiento a los sectores de salud es necesario optimizar al máximo los recursos existentes.

Se requiere de un programa que con los recursos que ya se tienen permita fortalecer la oportuni-

dad de la atención favoreciendo la satisfacción de los usuarios y mejorar las imágenes institucionales.⁸⁻¹⁰

Es de esta manera que se implementó el programa para asegurar la oportunidad de la atención médica.

MATERIAL Y MÉTODO

Para el establecimiento del programa se contó con el apoyo de los hospitales pertenecientes al ISSSTE, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, hospitales regionales, así como hospitales generales de la institución. En total se integraron al programa un Centro Médico Nacional, dos Hospitales de Alta Especialidad, diez Hospitales Regionales, 25 Hospitales Generales, 74 Clínicas hospitalares y 16 Centros de Especialidades.

Se establecieron mediante un diagnóstico situacional los determinantes causales que influyeron para contar con los problemas en nuestras instituciones antes citados, entre los cuales destacan dos causas principales, la primera inherente a la situación como lo es que el paciente no se presente a consulta, procedimiento o estudio debido a que se atendió de forma particular, desconocimiento del propio paciente de sus citas, en último de los casos la inadecuada relación médico-paciente, aumentando el número de quejas por parte de los derechohabientes por falta de oportunidad, mala imagen institucional, aumento en el número de reembolsos por procedimientos quirúrgicos, consulta o estudios, y las que recaen dentro de la propia responsabilidad de las instituciones en el retraso de la atención de los pacientes como es por falta o mala distribución de espacios físicos; es decir, áreas insuficientes en determinados horarios, incluso teniendo espacios físicos no ocupados al máximo como consultorios o quirófanos en fines de semana, inadecuada programación en el área de consultas como lo es en la atención de

pacientes de primera vez, en el escalonamiento, así como falta de supervisión para que se lleve a cabo; identificándose la falta e adecuación de la planilla de los horarios de los médicos, la falta de recursos médicos e incluso falta de recursos para la activación de más plazas de trabajo, así como equipamiento, exceso de demanda con respecto a la población directamente proporcional a la capacidad de resolución de la propia institución afectando la saturación de los servicios, con falta de optimización de recursos disponibles, equipo obsoleto, dificultada para asegurar la permanencia del personal en sus áreas de trabajo, falta de organización de recursos disponibles, falta de organización en el área quirúrgica y de una adecuada programación de cirugía para los pacientes, la falta de atención oportuna en cirugías de hasta dos años. Todo esto repercute en la falta de cumplimiento de los indicadores institucionales haciendo un ambiente laboral inadecuado.

Dentro del siguiente programa, una vez identificados los problemas, se han estado implementando estrategias para el aprovechamiento de los recursos existentes en cada institución, en el área quirúrgica se estableció una libreta única de programación quirúrgica con el fin de la determinación de rezago y de diferimiento de los procedimientos quirúrgicos, identificando áreas de oportunidad para el aumento de productividad de los servicios.

Se implementó un sistema interno de red en donde se consultó en cada hospital la información registrada para su seguimiento, el cual cuenta de un menú principal aportando los reportes principales del país, estadísticas, costos de los procedimientos, avances de los hospitales, así como de años anteriores. De la misma se despliegan 4 submenús, el primero de autorización de cirugías, consultas y estudios, el segundo donde se dan los seguimientos autorizados y negados de los mismos, el tercero el reporte de

costos de insumos subrogados y nóminas y el cuarto de documentación necesaria para trabajar en el programa como son los tabuladores y los lineamientos.

Se ingresaron al programa los hospitales que contarán con listas de espera en población institucional no importando el número de pacientes.

Se establecieron compromisos institucionales de otorgar las consultas de especialidad por primera vez en un máximo de quince días naturales, de programación de cirugía a un máximo de 21 días y estudios de gabinete a no más de 7 días con las siguientes consideraciones:

Autoridades delegacionales y/o directores son los encargados de cada unidad médica implementará estrategias internas para disminuir "tiempos de espera" y prevenir el diferimiento tanto en programación de consulta, cirugías, estudios de gabinete al agotar estos medios ocupara el programa en desarrollo.

En cada hospital se verificó el cumplimiento con los horarios y días asignados a la consulta de especialidad, así como su programación con un indicador de tres consultas por hora, una consulta con paciente de primera vez por dos pacientes subsecuentes.

Se supervisó en cada unidad al personal que ocupa el programa, el adecuado llenado de la información para la autorización inmediata, supervisión y el pronto pago de los participantes.

Las consultas subsecuentes están en función del tipo de problema de salud del paciente, se realizaron a la mayor brevedad ajustándose a las guías diagnósticas terapéuticas.

De manera mensual se llevó a cabo el análisis de productividad por médico consultorio/día, especialidad, verificando la cobertura de las

horas de consulta asignadas a cada uno de los médicos.

Para los estudios de gabinete, se realizan en un máximo de una semana, a solicitud del médico, excluyendo los casos en que el propio médico ha definido el plazo, en tal caso los estudios se contemplaron oportunamente antes de la consulta subsecuente.

Las cirugías se programaron en cuanto se cumpliera con un protocolo prequirúrgico completo con estudios de laboratorio y gabinete, así como sus consultas de especialidad necesarias preoperatorias.

Se establecieron tres sistemas de contratación, el primero con personal interno que correspondió a los trabajadores de base, el segundo por medio de personal externo los cuales fueron los médicos registrados en bolsa de trabajo como suplentes, el tercero por medio de personal subrogado con médicos privados.

En cuanto a la contratación de personal: si la unidad no contaba con la capacidad resolutive en función de su productividad y de acuerdo a indicadores institucionales (consulta/hora/médico: 3 pacientes por hora), (número de consultas/consultorio/día: jornada de 6 horas = 18 pacientes, jornada de 8 horas = 24 pacientes), (índice de consulta no otorgada: menos del 12%), porcentaje de contra referencia: 15% o más) (cirugías/quirófano/día: de 2 a 4 según sea el tipo de hospital) (porcentaje de suspensión quirúrgica: menor al 15%), resolvió los casos con personal de base institucional o suplente registrado en bolsa de trabajo o contratación de personal externo, reportando a la autoridad correspondiente las necesidades de sus servicios.

Para cada caso en que se solicitó la contratación de personal, se registró en el sistema el nombre del paciente, número de expediente, diagnós-

tico, tipo de intervención quirúrgica, consulta o estudio de gabinete, fecha programada para la atención y la justificación de la solicitud, especificando la especialidad con los detalles necesarios, la razón por la que el paciente no pudo ser atendido dentro de los estándares definidos como parte de la operación normal de la unidad médica, en particular en relación con los elementos que permitieron valorar y fundamentar la sobredemanda a la capacidad resolutoria de la misma unidad.

Se registraron pacientes que hayan aceptado la atención médica dispuesta, no se aceptó la posibilidad de señalar posteriormente que el paciente no se localizó, así como que no aceptó el procedimiento.

Las unidades registraron sus solicitudes con por lo menos 72 horas de anticipación al procedimiento solicitado para su autorización, la dirección médica encargada del cumplimiento del programa, autorizó o negó en un plazo máximo de 48 horas a través del sistema de internet, en caso de la negación del procedimiento la dirección médica informó de manera clara los motivos de esta decisión.

Para que procediera el pago de los eventos autorizados se debieron registrar los datos completos y correctos en la pantalla, con registro de personal solicitado, personal participante.

El personal participante en el programa laboró fuera de su horario de trabajo en las actividades correspondientes. Los médicos participantes en el programa se ajustaron a las leyes y normas vigentes en nuestro país en materia de salud.

En caso de padecimientos que requieran prótesis o endoprótesis, se gestionó de forma conjunta con el apoyo de la dirección médica.

Se otorgó la subrogación de servicios para la atención de los casos que no se pudieron resolver con la contratación de personal institucional, mediante la supervisión del mismo programa se ajustaron las leyes y normas vigentes en nuestro país en materia de salud.

Cada unidad médica informó acerca de las limitantes estructurales, de acuerdo a su nivel de atención, que le impidieron cumplir con los estándares, como la falta de equipo, personal o insumos en general a las autoridades correspondientes. Para que de forma conjunta se resolvieran los problemas de raíz y fortalecer la capacidad resolutoria de las unidades medicas.

Entre ellos destaca el aprovechamiento de los recursos existentes, establecer una planilla de horario para los médicos, identificación de la oportunidad en cirugías estudios y consulta, en materia de consulta establecer un escalonamiento adecuado, se estableció libreta única de programación en hospitales donde no contaran con ella, se establecieron estrategias para delimitar el rezago y el diferimiento en cada institución.

Se estableció un sistema de supervisión para verificar la capacidad resolutoria de las unidades médicas, para evitar autorizaciones injustificadas. Se revisó cada unidad del país estableciendo unidades que incurrieran en un bajo nivel resolutorio de atención, inobservancia de los plazos establecidos para la atención médica o deficiencias estructurales relevantes.

La dirección médica se encargó de mandar a cada unidad las observaciones de cada supervisión a las autoridades correspondientes, en este caso Órgano Interno de Control, evitando así incurrir en deficiencias, retrasos o abusos en la contratación de guardias, la subrogación de servicios y la referencia de pacientes.

RESULTADOS

Fase I (17 de mayo al 17 de agosto de 2007)

Se otorgaron 2,451 cirugías: de las cuales 2,192 fueron con personal interno, 104 con personal externo, 155 subrogaciones.

7,082 consultas: de las cuales 5,218 fueron con personal interno, 1037 con personal externo y 827 subrogaciones.

3,118 estudios de gabinete: de las cuales 732 fueron con personal interno, 528 con personal externo y 827 subrogaciones.

Un total de 12,651 atenciones.

Fase II (18 de agosto al 31 de diciembre de 2007)

Se otorgaron 2,845 cirugías: de las cuales 2,471 fueron con personal interno, 11 con personal externo y 363 subrogaciones.

8,881 consultas: de las cuales 7,608 fueron con personal interno, 11 con personal externo y 363 subrogaciones.

8,122 estudios de gabinete: de los cuales 3,921 fueron con personal interno, 141 con personal externo, 4,060 subrogaciones.

3524 terapias de rehabilitación: el 100% con personal interno.

Un total de 23,373 atenciones:

12 supervisiones en el año 2007: 2 hospitales regionales, 6 hospitales generales, 3 clínicas hospital y una clínica de especialidad.

Fase III (1º de enero al 31 de diciembre de 2008)

Se otorgaron 5,771 cirugías de las cuales 4,713 fueron con personal interno, 97 con personal externo y 961 subrogaciones.

22,066 consultas: de las cuales 12,686 fueron con personal interno, 7,136 con personal externo y 2244 subrogaciones.

24,384 estudios de gabinete: de los cuales 7,685 fueron con personal interno, 1265 con personal externo, 18,736 subrogaciones.

20,589 terapias de rehabilitación: el 100% con personal interno.

Un total de 72,810 atenciones.

57 supervisiones: 18 hospitales generales con 29 visitas, 10 hospitales regionales con 17 visitas, 9 clínicas con 11 visitas.

Fase IV (1º de enero al 31 de diciembre 2009)

Se otorgaron 9,443 cirugías: de las cuales 6,804 fueron con personal interno, 510 con personal externo y 2,129 subrogaciones.

71,511 consultas: de las cuales 30,243 fueron con personal interno, 23,734 con personal interno, 17534 subrogaciones.

43,268 estudios de gabinete: de los cuales 13,574 fueron con personal interno, 5702 con personal externo y 23,992 subrogaciones.

49,570 terapias de rehabilitación al 100% con personal interno.

Un total de 173,792 intervenciones.

90 supervisiones: CMN 20 de noviembre con 2 visitas, 10 hospitales regionales con 31 visitas, 23 hospitales generales con 40 visitas, 12 clínicas hospital con 14 visitas, 3 clínicas de especialidades con 3 visitas.

Fase V (1º de enero al 31 de diciembre de 2010)

Se otorgaron 8,529 cirugías de las cuales 6,130 fueron con personal interno, 461 con personal externo y 1,938 subrogaciones.

51,743 consultas: de las cuales 19,688 fueron con personal interno, 11,876 con personal externo y 20,179 subrogaciones.

47,561 estudios de gabinete: 15,941 con personal interno, 5,509 con personal externo y 26,111 subrogaciones.

71,640 terapias de rehabilitación: el 100% con personal interno.

Un total de 179,473 atenciones.

85 supervisiones: CMN 20 de noviembre con 4 visitas, 10 hospitales regionales con 40 visitas, 15 hospitales generales con 24 visitas, 9 clínicas hospital con 13 visitas, 2 clínicas de especialidad con 3 visitas, 1 clínica médico familiar con una visita.

Fase VI (1º de enero al 31 de diciembre de 2011)

Se otorgaron 4,159 cirugías, de las cuales 3,676 fueron con personal interno, 471 con personal externo y 124 subrogaciones.

14,221 consultas: de las cuales 5,752 fueron con personal interno, 5,811 con personal externo y 2,658 subrogaciones.

16,862 estudios de gabinete: 10,850 con personal interno, 1,911 con personal externo, 4,101 subrogaciones.

51,491 terapias de rehabilitación: el 100% con personal interno.

Un total de 86,733 atenciones.

45 supervisiones: CMN 20 de noviembre con 1 visita, 10 hospitales regionales con 20 visitas, 23 hospitales generales con 16 visitas, 12 clínicas hospital con 8 visitas.

Fase VII (1º de enero al 31 de diciembre de 2012)

Se otorgaron 5,537 cirugías: de las cuales 4,138 fueron con personal interno, 471 con personal externo y 928 subrogaciones.

20,438 consultas: de las cuales 8,650 fueron con personal interno, 6,408 con personal externo y 5,380 subrogaciones.

24,988 estudios de gabinete: 10,372 con personal interno, 1,453 con personal externo, 13,163 subrogaciones.

56,906 terapias de rehabilitación: el 100% con personal interno.

24 supervisiones: CMN 20 de noviembre con 1 visita, 12 hospitales regionales con 1 visita, 9 hospitales generales con 1 visita, 2 clínicas hospital con 1 visita.

Fase VIII (1º de enero al 31 de diciembre de 2013)

Se otorgaron 4,614 cirugías: de las cuales, 3,907 fueron con personal interno, 233 con personal externo y 474 subrogaciones.

10,213 consultas: de las cuales 4,442 fueron con personal interno, 3,345 con personal externo y 2,426 subrogaciones.

18,620 estudios de gabinete: 9,689 fueron con personal interno, 410 con personal externo y 8,521 subrogaciones.

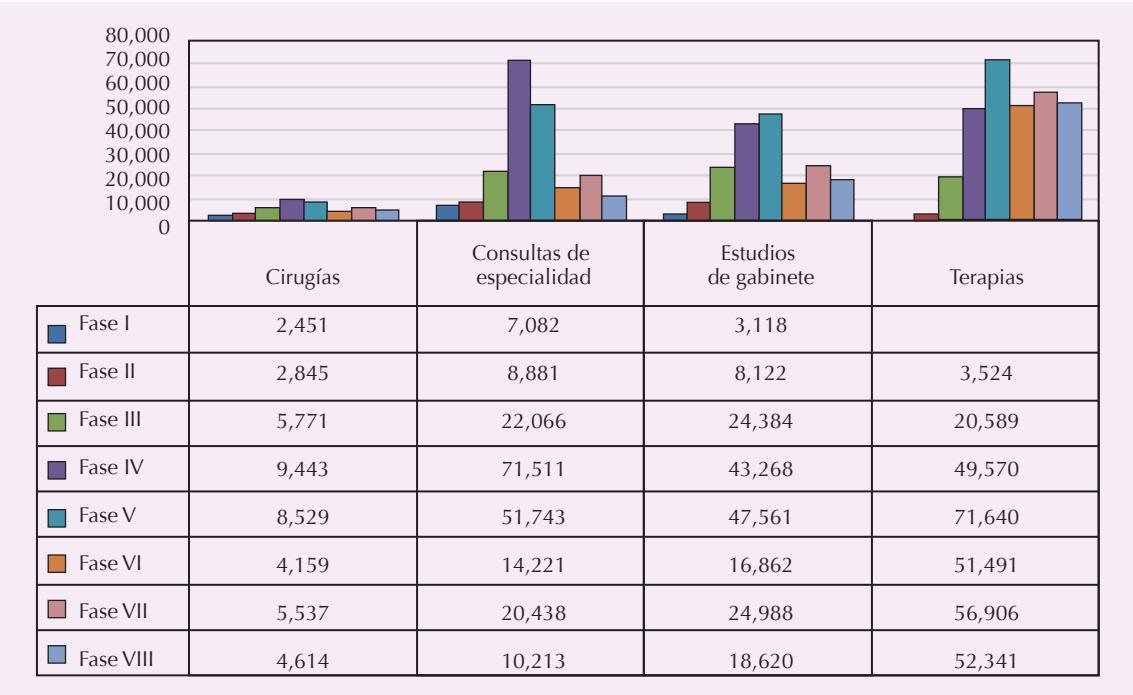
52,341 terapias de rehabilitación: 100% con personal interno.

15 supervisiones: CMN 20 de noviembre con 1 visita, 12 hospitales regionales con 1 visita, 1 CMF/CECIS con 1 visita, 1 CCA con 1 visita.

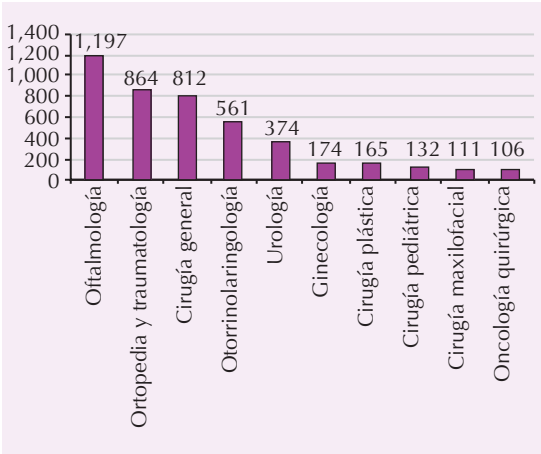
Resultados de las 8 fases

Se otorgaron 43,349 cirugías, 206,155 consultas, 186,923 estudios de gabinete y 306,061 terapias de rehabilitación. Un total de 742,488 atenciones. Numero de supervisiones: 269.

Cuadro 1. Registro del número de atenciones en cirugía, consultas, estudios de gabinete y terapias de rehabilitación



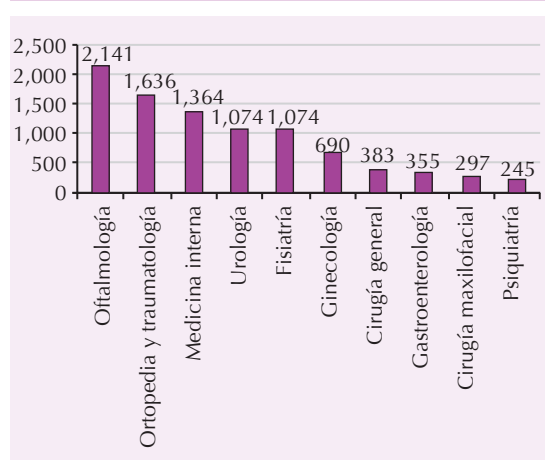
Cuadro 2. Numero de cirugías realizadas por especialidad hasta final de 2013



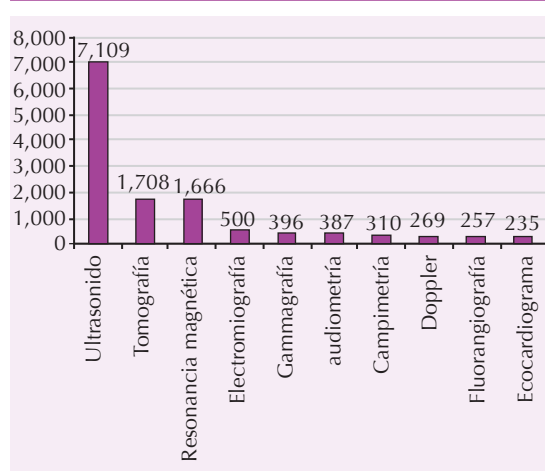
CONCLUSIONES

El programa de prevención de rezago en la atención médica fue creado desde sus inicios, como ya se ha mencionado, para mejorar la calidad en

Cuadro 3. Numero de consultas efectuadas por especialidad hasta final de 2013



Cuadro 4. Número de estudios de gabinete realizados por equipamiento hasta finales de 2013



la atención del derechohabiente en oportunidad, favoreciendo optimizar recursos existentes en cada hospital dentro de la institución. A través de los años este programa ha continuado debido a sus resultados favorables en cuanto a reducir los tiempos de espera en cirugías, consultas y realización de estudios de gabinete. La meta impuesta de realizar cirugías en un periodo de 21 días cuando estas cuentan con un protocolo completo, las consultas de un periodo de 14 días

y análisis de gabinete en un periodo de 7 días no han cambiado en 8 años, de la misma forma se han otorgado por 8 años terapias de rehabilitación mejorando así la atención en materia de salud dentro de la institución.

- En este tiempo se detectaron problemas y se otorgaron soluciones las cuales se ha demostrado que han sido efectivas, en las causas atribuibles a los pacientes como lo es que no se presentaran a su atención se tomó la iniciativa de realizar llamadas telefónicas a sus domicilios encontrando más de 1,000 pacientes que ya habían obtenido atención en otro medio. Esto nos permitió actualizar un censo de población institucional y delimitar el número de pacientes reales susceptibles de una atención pronta.
- En el área de cirugía se retiraron las agendas personales de los médicos quirúrgicos y se instaló en todos los hospitales un agenda de cirugía que se llenaba con todas las intervenciones a realizar. Esto nos aclaró el numero de cirugías faltantes y se les otorgó por medio del programa una posibilidad para su realización dentro de los próximos 21 días.
- De la misma forma en el área de consulta se realiza un concentrado en una agenda única de consulta para identificar el número de consultas faltantes y otorgarlas en menos de 14 días diferenciando entre consultas de primera vez y subsecuentes, cabe mencionar que toda consulta iba ligada a un estudio que se realizó en un periodo menor a 7 días a la fecha de consulta.
- Se instauró el escalonamiento de las consultas otorgándose, cada una de ellas, en un periodo de 20 minutos en cada atención, permitiendo al médico otorgar 3 consultas en cada hora de servicio aumentando el

número de consultas realizadas por día y disminuyendo los tiempos de espera a los pacientes; permitiendo a cada paciente un tiempo específico en donde la relación médico paciente crecería, permitiendo al hospital adecuar las plantillas de trabajo de cada uno de sus médicos y obteniendo así la mayor permanencia de cada uno de sus médicos en sus áreas de servicio. Se tuvieron servicios no saturados en el área de consulta; con estas estrategias en el área de cirugía y consulta se reorientó la organización hospitalaria hacia el establecimiento de nuevas rutas de trabajo que permitieran la realización de más eventos con el mismo personal, ya fuera interno o externo, permitiendo así avanzar hacia una disminución en el tiempo de espera.

- En los hospitales en los que se contaba con equipo médico subutilizado se permitió incorporar a sus filas de trabajo a personal externo que daba servicio en turnos vespertinos, sábados y domingos a la población, aumentando así sus metas en toma de estudios de imagen. En los hospitales en los que faltaba el equipamiento se permitió la subrogación de servicios particulares para alcanzar las metas establecidas a principios de año.

Con esta estrategia se incrementó la oportunidad en la atención del paciente y se cumplieron las metas institucionales; lo cual se reflejó en la mejora de la imagen institucional, permitiendo al instituto otorgar los servicios establecidos a favor de una derechohabencia cada vez con más exigencias en la calidad de su atención.

El programa ha cumplido satisfactoriamente con las metas planteadas, cumpliendo los estándares y lineamientos del instituto, así como acuerdos presidenciales en cuanto a oportunidad en la

atención. Se corroboró que gracias al esfuerzo multidisciplinario de los hospitales que integraron este programa con guía de la Dirección Médica se lograron abatir de excelente forma los tiempos de espera con la utilización de recursos propios y que por diversas causas antes mencionadas no se utilizaban; por consiguiente, es grato ver como año con año el ISSSTE demuestra ser una institución con bases sólidas que siempre tendrá como fin el cuidar y velar por la salud de los mexicanos.

Comprometidos siempre con la salud de nuestros derechohabientes se impulsó cada estrategia con el mayor cuidado posible, cuidando en todos sus rubros que se cumplieran de forma energética, la normatividad impuesta desde un principio basándose siempre en brindar satisfactoriamente una adecuada atención a sus pacientes.

En estos momentos se sigue trabajando para lograr la excelencia en el instituto, innovando programas como lo es el "Programa para asegurar la oportunidad de la atención Médica 2" que se consolidará en el transcurso del tiempo como uno de los pilares fundamentales en nuestro instituto compitiendo así con los diversos programas en el país a favor de la calidad de los servicios.

BIBLIOGRAFÍA

1. David E Vogel. Experiencias innovadoras en el sistema de salud de Estados Unidos: situación actual y perspectivas. En E. Ruelas y J Querol (comp.), Innovaciones de los sistemas de salud: una perspectiva internacional, Editorial panamericana, México 1995.
2. Mireira Esparguelles, Pedro Gallo, Joan MV. Pons, Laura Sampietro-Colom. Situación y abordaje de las listas de espera en Europa. Barcelona: Agència d'avaluació de tecnologia i Recerca Mediques. Servei Catala de la salut. Departament de sanitat i seguretat social. Generalitat d Catalunya. Noviembre 2000.
3. Santos-Briones S, Garrido-Solano C, Chavéz-Chan M, Análisis comparativo de los sistemas de Salud de Cuba y Canadá. Rev Biomed 2004;15:81-91.
4. Eva Rodríguez, Begoña Álvarez, Pilar abad, Rationing through waiting lists: meaasuring improvement and

- possible complications, *Cad Saúde Pública*, Río de Janeiro 24(3):702-707.
5. Josep Mari-Valls, Eudald Ballesta, Rosa González, Marata Solé, Gloria Torras. Results of management plan for surgical waiting lists for hips and knee replacement. *Gac Sanit Barcelona*, Mayo-junio 2006.
 6. Programa de Acción de la Secretaría de Salud, Dirección General de protección financiera, 2002, México, SSA.
 7. González Pier E, Barraza Lloréis M, Gutiérrez Delgado C, Vargas Palacios A. Sistemas de protección Social en Salud – Elementos conceptuales financieros y operativos. Secretaría de Salud de México, FCE, México DF. 2006.
 8. Loncich K, Dias RH, Kulkarni S, Casey A, Murakami Y, Ezzati M, Salomon JA. Priority setting for health interventions in México's System of social protección in Health. *Lancet* 2006;368:1608-18.
 9. Puentes Rosas E, Gómez Dantés O, Garrido Latorre F. Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México. *Revista panamericana de la Salud* 2006;19:394-402.
 10. Lozano R, Soliz P, Gakidou E, Abbot-Klafter J, Feehan DM, Vidal C, Ortiz JP, Murray CJ. Benchmarking of performance of Mexican States with effective coverage. *Lancet* 2006;368:1729-41.