



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



SNSP
SERVICIO NACIONAL DE
SALUD PÚBLICA

Manual de procedimientos de la coordinación y
regulación de la atención médica del **Centro
Coordinador de Salud para el Bienestar (CCSB)**

Secretaría de Salud

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud

Octubre de 2023
Versión 1.0



Directorio de la Secretaría de Salud

Dr. Jorge Alcocer Varela

Secretario de Salud

Dr. Ruy López Ridaura

Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Dr. Ricardo Cortés Alcalá

Director General de Promoción de la Salud

Dr. Gabriel García Rodríguez

Director General de Epidemiología

Act. Yolanda Varela Chávez

Directora general Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Dra. Alethse De La Torre Rosas

Directora General del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA

Dr. José Luis Díaz Ortega

Director General del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia

Dr. Christian Arturo Zaragoza Jiménez

Director General de Información en Salud

Dr. Jorge Enrique Trejo Gómora

Director General del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea

Lic. Raul Gómez Torres

Director General del Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes

Dr. Miguel Ángel Díaz Aguilar

Director del Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano, y
Responsable de los asuntos del Centro Nacional de Programas
Preventivos y Control de Enfermedades

**Equipo comisionado a los Centros Coordinadores de Salud Para el
Bienestar:**

Lic. Ulises Rangel Cruz

Coordinador de Apoyo Técnico
Subsecretaría de prevención y promoción de la salud

Tabla de contenido

Introducción	5
Marco Jurídico.....	7
Procedimientos de la Dirección del CCSB	13
Procedimiento 1. Planificación y evaluación de los programas y políticas del Centro Coordinador de Salud para el Bienestar.....	14
Procedimiento 2. Dirección de la investigación y análisis de datos para identificar tendencias y problemas de atención médica en el estado.	15
Procedimiento 3. Colaboración con otros líderes e instituciones estatales y federales en el desarrollo e implementación de políticas y normativa de la atención médica.	16
Procedimiento 4. Supervisión de la investigación y el seguimiento de denuncias y quejas de pacientes sobre proveedores de atención médica en el estado.	17
Procedimiento 5. Supervisión del presupuesto y el financiamiento del centro.....	18
Objetivo del procedimiento: Establecer los lineamientos para la supervisión del presupuesto y el financiamiento del CCSB, con el fin de garantizar el uso efectivo y eficiente de los recursos disponibles.	19
Procedimiento 6. Representación del CCSB en audiencias y reuniones estatales y federales.	20
Procedimiento 7. Garantizar el cumplimiento y la aplicación efectiva de las políticas relacionadas con la regulación de la atención médica.	21
Procedimientos para la Unidad Responsable de Redes de Atención	22
Procedimiento 1. Coordinación del flujo de pacientes entre los diferentes niveles de atención médica.	22
Procedimiento 2. Supervisión de la asignación de recursos de atención médica.....	23
Procedimiento 3. Supervisión de la gestión de la disponibilidad y suministro de sangre y hemoderivados.	24
Procedimiento 4. Recopilación y análisis de datos relacionados con el flujo de pacientes en toda la red de atención médica.	25
Procedimiento 5. Comunicación efectiva con los proveedores de atención médica, los pacientes y otras partes interesadas.	26
Procedimientos de la Unidad Responsable de Líneas de Atención.....	28
Procedimiento 1. Identificación de líneas específicas de atención.	28
Responsabilidades:	28
Procedimiento 2. Diseño de políticas y procedimientos.	29
Procedimiento 3. Implementación de políticas y procedimientos	30

Procedimiento 4. Gestión y supervisión del personal.	31
Procedimiento 5. Evaluación y mejora continua del proceso de regulación de las líneas específicas de atención.	32
<i>Procedimientos de regulación y coordinación de la atención médica no urgente</i>	<i>34</i>
Procedimiento 2. Evaluación de la Demanda	35
Procedimiento 3. Búsqueda de la oferta.....	36
Procedimiento 4. Referencia al Establecimiento de Salud correspondiente.	37
Procedimiento 5. Captación de la Oferta	38
Procedimiento 6. Gestión de la Fila de Espera Unificada con Escala de Priorización.	40
Procedimiento 7. Retroalimentación del Establecimiento de Salud hacia el CCSB.	41
<i>Procedimientos de coordinación con el CRUM Estatal</i>	<i>42</i>
Procedimiento 1. Asignación de citas médicas	42
Procedimiento 2. Derivación de pacientes.	43
Procedimiento 3. Monitoreo de la demanda	44
Procedimiento 4. Coordinación en situaciones de emergencia	45
Procedimiento 5. Manejo de listas de espera.....	46
Procedimiento 6. Coordinación de la disponibilidad de recursos y personal médico.....	47
<i>Procedimientos para la atención ciudadana en los Distritos de Salud para el Bienestar. 48</i>	
Procedimiento 1. Solicitud de acceso a atención médica oportuna y de calidad.	48
Procedimiento 2. Solicitud de referencia y contrarreferencia sectorial	49
Procedimiento 3. Solicitud de acceso a procedimientos diagnósticos oportunos.....	50
Procedimiento 4. Solicitud de interpretación diagnóstica.....	51
Procedimiento 5. Solicitud de acceso a tratamientos (medicamentos e insumos).	52
Procedimiento 6. Solicitud de Acceso a la Continuidad de la Atención Médica por Pérdida de la Seguridad Social.....	53
Procedimiento 7. Servicio de Call Center para orientación sobre las solicitudes de atención ciudadana.	54



Introducción

Los Centros Coordinadores de Salud para el Bienestar son instituciones clave para la atención médica en México. Con la transformación del Sistema Nacional de Salud para el Bienestar, y la creación del Servicio Nacional de Salud Pública, se busca transformar y mejorar el acceso y calidad de los servicios de salud para todas las personas, especialmente aquellas en situación de vulnerabilidad.

El presente manual de procedimientos tiene como objetivo establecer los lineamientos y actividades detalladas para la regulación y coordinación de la atención médica en los Centros Coordinadores de Salud para el Bienestar. Se busca establecer una estructura funcional que permita definir las prioridades en salud de la población, tomar decisiones operativas para el despliegue de las estrategias de salud pública y trabajar en conjunto con diferentes equipos estatales y federales, poniendo en el centro a las personas, la familia y la comunidad.

Este manual deberá ser utilizado por el personal de los Centros Coordinadores de Salud para el Bienestar y debe ser de conocimiento del personal de los Servicios de Salud Estatales (SESA) y del personal de prestación de servicios de atención médica individual y colectiva. La implementación de las funciones requerirá la incorporación de otros documentos que servirán de apoyo y complemento al presente manual, en donde se especificará la articulación entre todos los niveles de organización del Sistema Nacional de Salud.

Es importante mencionar que uno de los mayores desafíos que enfrenta el sistema de salud en México es la fragmentación en la prestación de servicios de atención médica, lo cual ha generado desigualdades en el acceso y calidad de atención médica para la población. A lo largo de la historia, se han intentado distintas estrategias para mejorar la coordinación entre los prestadores de servicios, incluyendo la firma de convenios y acuerdos, sin embargo, en muchos casos, estos instrumentos han resultado insuficientes para lograr una verdadera integración de los servicios.

Un ejemplo de ello es el convenio sobre emergencia obstétrica, el cual fue firmado en el año 2000 por diversas instituciones de salud para mejorar la atención a las mujeres durante el embarazo y parto. A pesar de que el convenio establecía la obligatoriedad de



garantizar la atención obstétrica de emergencia en todas las instituciones de salud, aún existen casos de mujeres que enfrentan dificultades para acceder a estos servicios. Esto evidencia la necesidad de implementar medidas efectivas que permitan la coordinación de los servicios de atención médica y de atención colectiva para garantizar la atención integral de calidad y oportuna para todas las personas.

La falta de una adecuada referencia y contrarreferencia en el sistema de salud es un problema que recae directamente en los usuarios, quienes muchas veces tienen que deambular por diferentes instancias de atención sin un adecuado seguimiento y coordinación de los servicios de salud. Esto no solo genera una carga física y emocional para los pacientes, sino que también puede repercutir en un diagnóstico tardío o en la falta de continuidad en el tratamiento médico. Es por ello que resulta fundamental que los Centros Coordinadores de Salud para el Bienestar cuenten con un sistema de flujo de pacientes eficiente, que permita una atención integral y de calidad para la población.

Además, la falta de una **política de continuidad de atención para las personas que pierden su seguridad social** es un problema importante en el sistema de salud mexicano. Cuando una persona pierde su derecho a la seguridad social, ya sea por desempleo, cambio de trabajo o cualquier otra razón, a menudo se queda sin acceso a servicios de atención médica. En muchos casos, estas personas se ven obligadas a buscar atención médica en servicios públicos de salud que ya están sobrecargados y no cuentan con los recursos necesarios para atender a todas las personas que acuden a ellos.

Los Centros Coordinadores de Salud para el Bienestar son una materialización concreta del histórico voluntarismo que padecía el sector salud. **Con su creación, se establecen procedimientos y mecanismos para garantizar la continuidad de la atención médica, el flujo de pacientes, la rehabilitación, la trazabilidad y, en última instancia, la integración sectorial de las instituciones de salud. Estos centros representan un paso más hacia la desfragmentación del sistema de salud en México y hacia la consolidación de un sistema de salud más eficiente, eficaz y equitativo.**

Este manual es elaborado por la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y las Unidades Administrativas y Centros Desconcentrados adscritos a la misma, y tiene como objetivo establecer los procedimientos para la regulación y coordinación de la atención médica en los Centros Coordinadores de Salud para el Bienestar.

Marco Jurídico

El derecho a la salud constituye un derecho humano, irrevocable y esencial, cuyo fundamento reside en la dignidad humana, sienta sus bases en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, en la cual se menciona a la salud como un elemento fundamental para acceder a un nivel de vida adecuado y en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966, que dispone el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. La importancia de la protección a la salud radica en su relación con otros derechos esenciales, como son el derecho a la vida o el derecho a vivir en condiciones de bienestar. Por ello, asegurar el acceso efectivo de la población a servicios de salud de calidad es un objetivo prioritario del Gobierno Federal, que contribuirá a la eliminación de las barreras, desigualdades y rezagos sanitarios que existen en nuestro país; cumpliendo, por tanto, el interés constitucional de procurar a la población, sin discriminación alguna, un adecuado estado de salud y bienestar.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

El artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce, en su párrafo cuarto, el Derecho Humano de todas personas a la protección de la salud, indicando que Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establece la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general de igual manera menciona que se definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social. Igualmente, en su artículo 73 fracción XVI, establece la facultad rectora de la Federación en materia de salubridad general, como facultad del Congreso de la Unión para legislar en materia de salud.

Jurisprudencia constitucional

Derivado del análisis constitucional, se considera oportuno destacar el criterio que ha tenido el máximo tribunal constitucional mexicano con base en lo establecido por la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en la Tesis de Jurisprudencia



1a./J. 8/2019 (10a.) publicada el viernes 22 de febrero de 2019, en el Semanario Judicial de la Federación, de rubro "DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD. DIMENSIONES INDIVIDUAL Y SOCIAL", se indica que: "La protección de la salud es un objetivo que el Estado puede perseguir legítimamente, toda vez que se trata de un derecho fundamental reconocido en el artículo 4o. constitucional, en el cual se establece expresamente que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. Al respecto, no hay que perder de vista que este derecho tiene una proyección tanto individual o personal, como una pública o social. Respecto a la protección a la salud de las personas en lo individual, el derecho a la salud se traduce en la obtención de un determinado bienestar general integrado por el estado físico, mental, emocional y social de la persona, del que deriva otro derecho fundamental, consistente en el derecho a la integridad físico-psicológica. De ahí que resulta evidente que el Estado tiene un interés constitucional en procurar a las personas en lo individual un adecuado estado de salud y bienestar. Por otro lado, la faceta social o pública del derecho a la salud consiste en el deber del Estado de atender los problemas de salud que afectan a la sociedad en general, así como en establecer los mecanismos necesarios para que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud. Lo anterior comprende el deber de emprender las acciones necesarias para alcanzar ese fin, tales como el desarrollo de políticas públicas, controles de calidad de los servicios de salud, identificación de los principales problemas que afecten la salud pública del conglomerado social, entre otras".

Ley General de Salud y sus Reglamentos

La Ley General de Salud, en su artículo 1o., establece y reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. Constitucional, fundamentando las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Asimismo, el artículo 2o. del mismo ordenamiento, señala como finalidades de este derecho, entre otras: el bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; la prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana; el disfrute de condiciones de salud, servicios de salud y asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población; y la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas que carezcan de seguridad social, con el objetivo de contribuir al desarrollo social, el ejercicio pleno de las capacidades humanas, la promoción de la salud y la



prevención de enfermedades. A su vez, en su artículo 7 fracciones I y II del citado ordenamiento, dispone que la Secretaría de Salud establece y conduce la política nacional en materia de salud, coordina el Sistema Nacional de Salud, los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines tratándose de la prestación gratuita de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados que requieran las personas sin seguridad social. También señala, en su artículo 77 bis 5 apartado A, que le compete al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, desarrollar, coordinar supervisar y establecer las bases conforme a las cuales se llevará a cabo la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados, para las personas sin seguridad social, para lo cual formulará el modelo de atención.

Los artículos 77 bis 42, 77 bis 43 y 77 bis 44 establecen que (i) la Secretaría de Salud a través del Servicio Nacional de Salud Pública, realizará acciones que permiten garantizar el derecho a la protección de la salud en su dimensión colectiva o social, con el objeto de promover, proteger, conservar y mejorar, hasta el más alto grado posible, el bienestar físico, mental y social de la población en su conjunto; (ii) las acciones de salud pública comprenden el desarrollo de políticas públicas; la evaluación y monitoreo del estado de salud de la población,; la promoción de salud, fomento de la participación comunitaria y de la sociedad civil organizada, la identificación, prevención, atención y recuperación de los problemas que afecten la salud de la población en general, y la atención de sus determinaciones o causas estructurales, y (iii) la coordinación las acciones referidas mismas se deberá realizar con las dependencias y entidades de la administración pública federal y local conforme a sus respectivas competencias.

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal

Por su parte, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, establece las bases de la Administración Pública Centralizada y menciona en su artículo 39 fracciones VI y VII la competencia rectora de la Secretaría de Salud para planear, normar, coordinar, controlar y evaluar al Sistema Nacional de Salud, con excepción a lo relativo al saneamiento del ambiente; incluyendo la conducción de la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general. Por lo que la Secretaría de Salud es la



dependencia responsable de la rectoría del Sistema Nacional de Salud, en coordinación con todas las dependencias del sector salud, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que en su caso se determinen.

Normas Oficiales Mexicanas

Por su parte, existen distintas Normas Oficiales Mexicanas (NOM), que tienen como objetivo la regulación técnica de productos, procesos o servicios; establecen los límites permisibles, criterios y requisitos de las condiciones sanitarias que deben cubrir. Son de observancia obligatoria tanto para el sector público, social y privado; y como instrumentos de la salud pública fortalecen la capacidad regulatoria del Estado.

Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024

Aprobado por Decreto publicado el 12 de julio de 2019 en el Diario Oficial de la Federación (DOF), es el principal instrumento de planeación de esta administración, define las prioridades nacionales que busca alcanzar el gobierno, en materia de salud el objetivo es asegurar el acceso a los servicios de salud. En el PND-2019-2024 se establece como uno de sus principios rectores el acceso a la Salud para toda la población, de conformidad con el apartado 2, denominado "Política Social" -que garantiza los derechos de las y los mexicanos, empezando con el combate a la pobreza y a la marginación- en el rubro de salud, se establece que el Gobierno Federal realizará las acciones necesarias para garantizar que hacia 2024, todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos los medicamentos, materiales de curación y los exámenes clínicos.

Programa Sectorial de Salud 2020-2024

El Programa Sectorial de Salud 2020-2024 (PSS), en consonancia con lo señalado en el PND 2019-2024, se estructura a partir de la articulación de un sistema único, público, gratuito y equitativo de salud que garantice el acceso efectivo de toda la población a servicios de salud de calidad: la promoción, la prevención, la detección y los tratamientos oportunos, la rehabilitación y el camino al bienestar.



Objetivo 1 Garantizar los servicios públicos de salud a toda la población que no cuente con seguridad social y, el acceso gratuito a la atención médica y hospitalaria, así como exámenes médicos y suministro de medicamentos incluidos en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud.

Objetivo 2 Incrementar la eficiencia, efectividad y calidad en los procesos del SNS para corresponder a una atención integral de salud pública y asistencia social que garantice los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio, digno y humano.

Objetivo 3 Incrementar la capacidad humana y de infraestructura en las instituciones que conforman el SNS, especialmente, en las regiones con alta y muy alta marginación para corresponder a las prioridades de salud bajo un enfoque diferenciado, intercultural y con perspectiva de derechos.

Objetivo 4 Garantizar la eficacia de estrategias, programas y acciones de salud pública, a partir de información oportuna y confiable, que facilite la promoción y prevención en salud, así como el control epidemiológico tomando en cuenta la diversidad de la población, el ciclo de vida y la pertinencia cultural.

Objetivo 5 Mejorar la protección de la salud bajo un enfoque integral que priorice la prevención y sensibilización de los riesgos para la salud y el oportuno tratamiento y control de enfermedades, especialmente las que representan el mayor impacto en la mortalidad de la población.

Programa Estratégico de Salud para el Bienestar

Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de septiembre de 2022, es un programa especial que atiende una de las prioridades del desarrollo integral en materia de salud pública del país y define la actuación de las entidades coordinadas del sector y de los organismos federales que participan en la implementación de la estrategia de federalización de los servicios de salud, con lo cual se busca reivindicar el derecho de toda la población de acceder a una atención a la salud digna. Con la finalidad de consolidar el Sistema de Salud para el Bienestar, se plantea que las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud colaboren de manera articulada -bajo un enfoque de



derechos humanos-, a fin de garantizar la continuidad en la prestación de servicios de salud y el fortalecimiento de los planes y programas prioritarios impulsados por el Gobierno Federal.

Objetivo 1 A través del cual se pretende establecer los mecanismos y procesos para el fortalecimiento de la capacidad rectora de la Secretaría de Salud sobre el Sistema Nacional de Salud con la finalidad de consolidar el Sistema de Salud para el Bienestar.

Objetivo 2 La organización y ampliación de la operación del Sistema de Salud para el Bienestar para contribuir a garantizar la atención médica de las personas sin seguridad social.

Objetivo 3 Elaborar e implementar un Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar, que permita mejorar e incrementar la calidad de los servicios de salud y del personal que proporciona atención a la población sin seguridad social.

Objetivo 4 Mejorar la infraestructura, equipamiento para la prestación de los servicios de salud, así como los sistemas de información que se encuentren operados por las entidades federativas.

Programas de Acción Específicos. Los Programas de Acción Específicos (PAE) buscan fortalecer las acciones de salud pública en las entidades federativas al ser una guía para la instrumentación y evaluación de las estrategias, acciones e intervenciones propias de cada programa.

Acuerdo por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR).

El Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR), publicado en el Diario Oficial de la Federación el 25 de octubre de 2022, dispone que el Servicio Nacional de Salud Pública será el brazo operativo de la Secretaría de Salud, integrado por personas funcionarias públicas desplegadas en el territorio nacional y organizadas para la implementación y ejecución de las funciones esenciales de la salud pública en el territorio, que incluyen la evaluación, el desarrollo de políticas, la asignación de recursos y la vigilancia del acceso a servicios de salud integrales y de calidad;



Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones Generales del Servicio Nacional de Salud Pública.

El Servicio Nacional de Salud Pública (SNSP) está formado por personal público distribuido en el país financiado con recursos federales. Su objetivo es implementar funciones esenciales de salud pública, como evaluación, políticas, asignación de recursos y acceso a servicios de calidad, a través de los Elementos de salud colectiva para fortalecer la estructura rectora y coordinación. Estos elementos son Los Distritos de Salud para el Bienestar (DSB) serán unidades territoriales básicas, los Centros Coordinadores de Salud para el Bienestar para operar redes de servicios y se los Servicios Esenciales en Salud Colectiva en sistemas como laboratorios, emergencias, regulación, entre otros.

Convenios de intercambio de servicios.

Los convenios de intercambio de servicios de atención médica son acuerdos entre instituciones de salud para proporcionar servicios médicos a los pacientes de cada institución. Estos convenios permiten que los pacientes accedan a una amplia gama de servicios médicos sin tener que cambiar de proveedor de atención médica. Además, los convenios de intercambio de servicios también pueden permitir la transferencia de conocimientos y la colaboración entre instituciones de salud, lo que puede mejorar la calidad de la atención médica ofrecida a los pacientes.

Procedimientos de la Dirección del CCSB

Procedimiento 1. Planificación y evaluación de los programas y políticas del Centro Coordinador de Salud para el Bienestar.

Objetivo del procedimiento: Establecer un proceso para la planificación, diseño y evaluación de los programas y políticas del CCSB, con el fin de garantizar el cumplimiento de la normativa estatal y federal en el sector de la coordinación de la atención médica y el cumplimiento de los objetivos y metas del centro.

Alcance del procedimiento: Este procedimiento aplica a todas las áreas y niveles del Centro Coordinador de Salud para el Bienestar que estén involucrados en la planificación, diseño y evaluación de los programas y políticas del CCSB.

Responsabilidades:

1. El titular de la Dirección del Centro Coordinador de Salud para el Bienestar es responsable de liderar el proceso de planificación y evaluación de los programas y políticas del centro.
2. El equipo encargado de la planificación y evaluación de los programas y políticas del centro es responsable de identificar la normativa estatal y federal aplicable, diseñar los programas y políticas para alcanzar los objetivos y metas del centro y evaluar periódicamente la efectividad de los mismos.

Procedimiento:

1. Identificación de la normativa estatal y federal aplicable al sector de la coordinación de la atención médica: El equipo encargado de la planificación y evaluación de los programas y políticas del centro debe identificar la normativa estatal y federal que son aplicables al sector de la coordinación de la atención médica y asegurarse de que los programas y políticas del centro cumplan con esta normativa.
2. Identificación de los objetivos y metas del CCSB: El equipo encargado de la planificación y evaluación de los programas y políticas del centro debe identificar los objetivos y metas del centro, con base a las necesidades de la población a la que se presta servicio y a la normativa estatal y federal aplicable.
3. Diseño de programas y políticas para alcanzar los objetivos y metas del centro: El equipo encargado de la planificación y evaluación de los programas y políticas del centro debe diseñar programas y políticas que permitan alcanzar los objetivos y metas del centro. Estos programas y políticas deben ser coherentes con las la normativa estatal y federal aplicable y se deben definir las metas, indicadores y acciones específicas necesarias para alcanzar los objetivos del CCSB.

4. Evaluación periódica de la efectividad de los programas y políticas y ajuste de los mismos según sea necesario: El equipo encargado de la planificación y evaluación de los programas y políticas del CCSB debe realizar evaluaciones periódicas de la efectividad de los programas y políticas implementados y realizar ajustes según sea necesario para garantizar la consecución de los objetivos y metas del centro.

Documentos de referencia:

1. Normativa estatal y federal aplicable al sector de la coordinación de la atención médica.
2. Informes de evaluación de la efectividad de los programas y políticas del CCSB.

Registros:

1. Evaluaciones de la efectividad de los programas y políticas del centro.
2. Informes de ajuste de los programas y políticas del centro.

Procedimiento 2. Dirección de la investigación y análisis de datos para identificar tendencias y problemas de atención médica en el estado.

Objetivo del procedimiento: Este procedimiento tiene como objetivo dirigir la investigación y el análisis de datos para identificar tendencias y problemas de atención médica en el estado, con el fin de desarrollar soluciones y políticas efectivas para mejorar la calidad de la atención médica en la entidad.

Alcance del procedimiento: Este procedimiento se aplica a todo el personal responsable de la dirección de la investigación y el análisis de datos para identificar tendencias y problemas de atención médica en la entidad a cargo del CCSB.

Responsabilidades:

1. El titular de la dirección del centro coordinador de salud para el bienestar es responsable de garantizar que se lleve a cabo la investigación y el análisis de datos para identificar tendencias y problemas de atención médica en el estado de manera efectiva y eficiente.
2. El equipo encargado de la investigación y análisis de datos es responsable de recopilar y analizar los datos relevantes para identificar tendencias y problemas en la atención médica en el estado.

Procedimiento:

1. Identificación de las fuentes de datos relevantes: El equipo encargado de la investigación y análisis de datos identifica las fuentes de datos relevantes para la

coordinación de la atención médica en el estado. Estas fuentes pueden incluir registros médicos, encuestas a pacientes y proveedores de atención médica, informes de incidencia y prevalencia de enfermedades, y estadísticas de mortalidad y morbilidad.

2. Recopilación y análisis de los datos: El equipo recopila y analiza los datos de las fuentes identificadas para identificar tendencias y problemas en la atención médica en el estado. Utilizan herramientas de análisis de datos para identificar patrones y tendencias, y para resaltar las áreas problemáticas que requieren atención.
3. Desarrollo de soluciones y políticas efectivas: Una vez que se han identificado los problemas y tendencias en la atención médica, el equipo desarrolla soluciones y políticas efectivas para abordar los problemas identificados. Estas soluciones y políticas se desarrollan en colaboración con otros líderes y agencias estatales y federales relevantes para garantizar que sean efectivas y apropiadas.

Documentos de referencia: Las fuentes de datos relevantes identificadas por el equipo encargado de la investigación y análisis de datos.

Registros: Los registros de los datos recopilados y analizados, así como los registros de las soluciones y políticas desarrolladas para abordar los problemas identificados.

Anexos al procedimiento:

1. Herramientas de análisis de datos utilizadas por el equipo encargado de la investigación y análisis de datos.
2. Ejemplos de soluciones y políticas efectivas desarrolladas para abordar problemas identificados en la atención médica en el estado.

Procedimiento 3. Colaboración con otros líderes e instituciones estatales y federales en el desarrollo e implementación de políticas y normativa de la atención médica.

Objetivo del procedimiento: Establecer un marco de colaboración efectiva con otros líderes e instituciones estatales y federales para desarrollar y aplicar políticas y normativa de atención médica eficaces y coherentes en el estado.

Alcance del procedimiento: Este procedimiento se aplica a todos los líderes y miembros de la institución involucrados en la colaboración con líderes e instituciones estatales y federales en la implementación de políticas y normativa de atención médica.

Responsabilidades:

1. El líder del equipo de coordinación de atención médica es responsable de liderar la colaboración con otros líderes e instituciones estatales y federales.
2. El equipo de coordinación de atención médica es responsable de proporcionar la información relevante y necesaria para la colaboración.
3. Los líderes e instituciones estatales y federales son responsables de colaborar en el desarrollo e implementación de políticas y normativa de atención médica.

Procedimiento:

1. Identificación de los líderes e instituciones relevantes para la coordinación de la atención médica en el estado.
2. Establecimiento de relaciones y colaboración con dichos líderes e instituciones.
3. Desarrollo conjunto de políticas y normativa de la atención médica.

Documentos de referencia:

1. Normativa estatal y federal aplicable a la coordinación de la atención médica.
2. Políticas y normativa de atención médica de otras instituciones estatales y federales.

Registros:

1. Documentación de la colaboración y acuerdos establecidos con otros líderes e instituciones estatales y federales.
2. Copias de las políticas y normativa de atención médica desarrolladas en colaboración con otros líderes e instituciones estatales y federales.

Anexos al procedimiento:

1. Lista de líderes e instituciones estatales y federales relevantes para la coordinación de la atención médica en el estado.

Procedimiento 4. Supervisión de la investigación y el seguimiento de denuncias y quejas de pacientes sobre proveedores de atención médica en el estado.

Objetivo del procedimiento: Establecer un proceso de supervisión, investigación y seguimiento de las denuncias y quejas de pacientes sobre proveedores de atención médica en el estado, con el fin de garantizar la calidad de la atención médica y la protección de los derechos de los pacientes.

Alcance del procedimiento: Este procedimiento se aplica a todas las denuncias y quejas de pacientes sobre proveedores de atención médica en el estado.

Responsabilidades:

1. El personal encargado de la recepción y registro de denuncias y quejas de pacientes.
2. El personal encargado de la investigación y seguimiento de las denuncias y quejas recibidas.
3. Las agencias gubernamentales encargadas de la resolución de disputas y la aplicación de sanciones en caso de ser necesario.

Procedimiento:

1. Coordinará el sistema de seguimiento de las quejas de pacientes operado en el Distrito de Salud para el Bienestar.
2. Investigación y seguimiento de las denuncias y quejas recibidas a través del DSB. Se llevará a cabo una investigación y seguimiento de las denuncias y quejas recibidas. Se recopilará toda la información relevante sobre el proveedor de atención médica involucrado y se llevarán a cabo entrevistas con el paciente y cualquier otra persona involucrada.
3. Coordinación con otras agencias gubernamentales: En caso de ser necesario, se coordinará con otras agencias gubernamentales encargadas de la resolución de disputas y la aplicación de sanciones, para la resolución de la denuncia o queja recibida.

Documentos de referencia:

1. Normativa estatal y federal aplicable a la atención médica.
2. Políticas y procedimientos internos de la organización encargada de la supervisión de la atención médica en el estado.

Registros:

1. Registro de las denuncias y quejas recibidas.
2. Registro de las investigaciones y seguimiento realizados.
3. Registro de la resolución de la denuncia o queja recibida.
4. Registro de los informes semanales del DSB.

Anexos:

1. Formulario de registro de denuncias y quejas de pacientes del DSB.
2. Formulario de investigación y seguimiento de denuncias y quejas de pacientes.
3. Informe de resolución de denuncias y quejas de pacientes.

Procedimiento 5. Supervisión del presupuesto y el financiamiento del centro.

Objetivo del procedimiento: Establecer los lineamientos para la supervisión del presupuesto y el financiamiento del CCSB, con el fin de garantizar el uso efectivo y eficiente de los recursos disponibles.

Alcance del procedimiento: Este procedimiento se aplica a todas las actividades relacionadas con la supervisión del presupuesto y el financiamiento del CCSB.

Responsabilidades:

1. El director del CCSB es responsable de establecer el presupuesto anual y supervisar el uso efectivo y eficiente de los recursos del centro.
2. El responsable financiero del centro es responsable de elaborar y presentar informes financieros y presupuestarios, y de asegurar el cumplimiento de la normativa financiera y contable.
3. El equipo administrativo es responsable de colaborar en la elaboración y supervisión del presupuesto del centro y de asegurar el uso efectivo y eficiente de los recursos.

Procedimiento:

1. Identificación de los recursos necesarios para el funcionamiento del CCSB.
2. Elaboración del presupuesto anual del centro, en colaboración con el equipo administrativo.
3. Presentación y aprobación del presupuesto ante las autoridades correspondientes.
4. Seguimiento y supervisión del uso efectivo y eficiente de los recursos del centro, por parte del director del centro y el equipo administrativo.
5. Elaboración y presentación de informes financieros y presupuestarios por parte del responsable financiero del centro.
6. Revisión periódica del presupuesto y ajuste en caso de ser necesario.

Documentos de referencia:

1. Normativa financiera y contable estatal y federal.
2. Políticas y lineamientos del CCSB para el uso de los recursos.

Registros:

1. Presupuesto anual del centro.
2. Informes financieros y presupuestarios.
3. Registros de supervisión del uso de los recursos.

Anexos:

1. Formatos para la elaboración del presupuesto.
2. Formatos para la presentación de informes financieros y presupuestarios.

Procedimiento 6. Representación del CCSB en audiencias y reuniones estatales y federales.

Objetivo del procedimiento: Establecer las pautas para la identificación de las audiencias y reuniones estatales y federales relevantes para la coordinación de la atención médica, así como la preparación y representación del CCSB en dichas audiencias y reuniones.

Alcance del procedimiento: Este procedimiento se aplica a todos los representantes del CCSB que participen en audiencias y reuniones estatales y federales relacionadas con la coordinación de la atención médica.

Responsabilidades:

1. La persona titular de la Dirección del CCSB es responsable de garantizar que se identifiquen y se preparen adecuadamente las audiencias y reuniones estatales y federales relevantes para la coordinación de la atención médica.
2. Las personas representantes del CCSB son responsables de prepararse adecuadamente y representar al CCSB de manera efectiva en las audiencias y reuniones estatales y federales.

Procedimiento:

1. Identificación de audiencias y reuniones relevantes: El director del centro es responsable de identificar las audiencias y reuniones estatales y federales relevantes para la coordinación de la atención médica.
2. Preparación para la participación: Una vez que se identifican las audiencias y reuniones relevantes, los representantes del centro deben prepararse adecuadamente para participar en ellas. Esto puede incluir la revisión de materiales relevantes, la preparación de presentaciones y la identificación de los objetivos del centro en la audiencia o reunión.
3. Representación del centro: Durante la audiencia o reunión, las personas representantes del CCSB deben representar al centro de manera efectiva y hacer una presentación clara y convincente de los objetivos del centro en la audiencia o reunión.
4. Informe de seguimiento: Después de la audiencia o reunión, las personas representantes del CCSB deben informar a la persona Titular de la Dirección del CCSB sobre los resultados y las conclusiones de la audiencia o reunión.

Documentos de referencia:

1. Políticas y normativa estatal y federal relacionadas con la coordinación de la atención médica.
2. Materiales relevantes relacionados con las audiencias y reuniones estatales y federales identificadas.

Registros:

1. Registro de las audiencias y reuniones estatales y federales identificadas.
2. Registro de la participación del CCSB en las audiencias y reuniones estatales y federales.

Anexos:

1. Lista de las audiencias y reuniones estatales y federales relevantes para la coordinación de la atención médica.

Procedimiento 7. Garantizar el cumplimiento y la aplicación efectiva de las políticas relacionadas con la regulación de la atención médica.

Objetivo del procedimiento: Establecer un proceso para identificar, aplicar y hacer cumplir las políticas relacionadas con la regulación de la atención médica aplicables al centro, con el fin de mejorar la calidad de la atención médica y garantizar la seguridad de los pacientes.

Alcance del procedimiento: Este procedimiento se aplica a todo el personal del centro que esté involucrado en la regulación y supervisión de la atención médica, incluyendo a los líderes y profesionales de la salud que trabajan en el centro.

Responsabilidades:

1. La persona Titular de la Dirección del CCSB es responsable de garantizar que las políticas relacionadas con la regulación de la atención médica sean identificadas, aplicadas y cumplidas adecuadamente en el centro.
2. El personal encargado de la regulación y supervisión de la atención médica es responsable de conocer y aplicar las políticas relacionadas con la regulación de la atención médica aplicables al centro.
3. El personal del centro es responsable de cumplir con las políticas relacionadas con la regulación de la atención médica aplicables a su función.

Procedimiento:

1. Identificación de las políticas relacionadas con la regulación de la atención médica aplicables al centro.
2. Evaluación de la aplicabilidad de las políticas identificadas al centro.¿
3. Implementación de las políticas aplicables al centro.

4. Monitoreo y supervisión del cumplimiento de las políticas implementadas.
5. Evaluación y actualización periódica de las políticas implementadas.

Documentos de referencia:

1. Leyes y normativa estatal y federal relacionada con la regulación de la atención médica.
2. Políticas y procedimientos internos del centro relacionados con la regulación de la atención médica.

Registros y anexos:

1. Documentos que evidencien la identificación, aplicación y cumplimiento de las políticas relacionadas con la regulación de la atención médica aplicables al centro.
2. Documentos que evidencien la evaluación y actualización periódica de las políticas implementadas.

Procedimientos para la Unidad Responsable de Redes de Atención

Procedimiento 1. Coordinación del flujo de pacientes entre los diferentes niveles de atención médica.

Objetivo del procedimiento: Detallar los pasos necesarios para coordinar el flujo de pacientes entre el primer nivel, la atención especializada ambulatoria y los internamientos hospitalarios, definir tiempos de espera y permanencia, identificar criterios de referencia y contrarreferencia, y definir los protocolos de coordinación entre los diferentes niveles de atención.

Alcance del procedimiento: Este procedimiento aplica a todos los niveles de atención médica en la red de salud.

Responsabilidades: La coordinación del flujo de pacientes será responsabilidad del personal designado por el centro coordinador de salud para el bienestar. Los diferentes niveles de atención médica deberán cumplir con los criterios de referencia y contrarreferencia definidos en este procedimiento.

Procedimiento:

1. Identificar los criterios de referencia y contrarreferencia para cada nivel de atención médica.
2. Definir los tiempos de espera y permanencia en cada nivel de atención médica.
3. Establecer los protocolos de coordinación entre los diferentes niveles de atención médica.

4. Identificar el personal encargado de la coordinación del flujo de pacientes en cada nivel de atención médica.
5. Coordinar la asignación de recursos de atención médica, incluyendo personal, equipos y suministros, para garantizar una distribución equitativa y eficiente en toda la red de atención médica.
6. Supervisar la gestión de la disponibilidad y suministro de sangre y hemoderivados en toda la red de atención médica, y coordinar con otros organismos para garantizar la disponibilidad de estos recursos críticos.
7. Desarrollar y supervisar programas de capacitación para el personal de atención médica en toda la red de atención médica.
8. Coordinar y supervisar la recopilación y análisis de datos relacionados con el flujo de pacientes en toda la red de atención médica, y utilizar estos datos para evaluar la calidad de los servicios y el impacto de los programas y políticas implementados.

Documentos de referencia: Guía de criterios de referencia y contrarreferencia, protocolos de coordinación entre los diferentes niveles de atención médica.

Registros: Registros de tiempos de espera y permanencia en cada nivel de atención médica, registro de la gestión de la disponibilidad y suministro de sangre y hemoderivados.

Anexos: Plan de capacitación para el personal de atención médica, protocolos de coordinación entre los diferentes niveles de atención médica.

Procedimiento 2. Supervisión de la asignación de recursos de atención médica.

Objetivo del procedimiento: Garantizar que las disposiciones dictadas por el Comando Estatal Interinstitucional del Sector Salud sobre la distribución equitativa y eficiente de los recursos en toda la red de atención médica se cumplan.

Alcance del procedimiento: Este procedimiento se aplica a la supervisión de la asignación de recursos en toda la red de atención médica.

Responsabilidades:

1. La dirección de la red de atención médica es responsable de supervisar que los criterios de asignación de recursos se cumplan.
2. El Comando Estatal Interinstitucional del Sector Salud es el responsable de identificar las necesidades de personal, equipos y suministros.

3. Los proveedores de atención médica son los responsables de cumplir con los requerimientos de equipamiento de la Red.

Procedimiento:

1. Verificar las necesidades de personal, equipos y suministros de cada servicio y unidad de la red de atención médica.
2. Supervisar el cumplimiento de los criterios de asignación de recursos, incluyendo la priorización de las necesidades y la distribución equitativa de los recursos.
3. Evaluar las solicitudes de asignación de recursos y presentar al Comando en función de los criterios establecidos.

Documentos de referencia: Diagnóstico de la red de atención médica relacionados con la asignación de recursos.

Registros: Registros de asignación de recursos y su uso.

Anexos: Ninguno.

Procedimiento 3. Supervisión de la gestión de la disponibilidad y suministro de sangre y hemoderivados.

Objetivo del procedimiento: Supervisar la disponibilidad y suministro de sangre y hemoderivados en toda la red de atención médica.

Alcance del procedimiento: Este procedimiento aplica a todas las instituciones de salud que forman parte de la red de atención médica.

Responsabilidades:

1. Los proveedores de servicios de atención médica son los responsables de garantizar la disponibilidad y suministro de sangre y hemoderivados.
2. Esta Unidad será responsable de garantizar que se cumplan los requerimientos de capacitación del personal involucrado en el manejo y suministro de sangre y hemoderivados de la Red.
3. El personal encargado del manejo y suministro de sangre y hemoderivados será el responsable de seguir los protocolos establecidos en este procedimiento.

Procedimiento:

1. Identificación de las necesidades de sangre y hemoderivados: Se identificarán las necesidades de sangre y hemoderivados para los diferentes procedimientos médicos en todas las instituciones de salud de la red de atención médica (Mediante el Comando).

2. Coordinación con otros organismos: Se coordinará con otros organismos para garantizar la disponibilidad de sangre y hemoderivados, incluyendo la obtención de donaciones voluntarias y la adquisición de los recursos necesarios.
3. Registro y seguimiento de los suministros: Se llevará un registro y seguimiento de los suministros de sangre y hemoderivados en todas las instituciones de salud de la red de atención médica.
4. Distribución equitativa y eficiente: Se definirán los protocolos para garantizar una distribución equitativa y eficiente de los recursos de sangre y hemoderivados en toda la red de atención médica.
5. Capacitación del personal: Se capacitará al personal involucrado en el manejo y suministro de sangre y hemoderivados en los protocolos establecidos en este procedimiento.
6. Evaluación y mejora continua: Se evaluará y mejorará continuamente la eficacia de este procedimiento y los protocolos establecidos para la gestión de la disponibilidad y suministro de sangre y hemoderivados.

Documentos de referencia:

1. Normas nacionales e internacionales para la gestión de sangre y hemoderivados.
2. Reglamentos y políticas institucionales relacionados con la gestión de sangre y hemoderivados.

Registros:

1. Registro de las necesidades de sangre y hemoderivados.
2. Registro y seguimiento de los suministros de sangre y hemoderivados.
3. Registro de la capacitación del personal involucrado en el manejo y suministro de sangre y hemoderivados.

Anexos:

Protocolos para la gestión de la disponibilidad y suministro de sangre y hemoderivados en toda la red de atención médica.

Procedimiento 4. Recopilación y análisis de datos relacionados con el flujo de pacientes en toda la red de atención médica.

Objetivo del procedimiento: Establecer los protocolos para la recopilación y análisis de datos relacionados con el flujo de pacientes en toda la red de atención médica, con el fin de evaluar la calidad de los servicios y el impacto de los programas y políticas implementados.

Alcance del procedimiento: Este procedimiento se aplicará en toda la red de atención médica y abarca la recopilación y análisis de datos relacionados con el flujo de pacientes desde la atención primaria hasta los servicios de atención especializada y hospitalaria.

Responsabilidades: El personal encargado de la recopilación y análisis de datos será responsable de seguir los protocolos establecidos en este procedimiento y garantizar la precisión y la calidad de los datos recopilados. Los responsables de la gestión de la atención médica en cada nivel serán responsables de garantizar la implementación de este procedimiento en sus respectivas áreas.

Procedimiento:

1. Identificar los datos necesarios para el análisis del flujo de pacientes, como tiempos de espera y permanencia, criterios de referencia y contrarreferencia, y otros indicadores relevantes.
2. Establecer los protocolos para la recopilación de datos, incluyendo los métodos de recopilación, frecuencia y responsables de la recopilación.
3. Garantizar la calidad de los datos recopilados mediante la implementación de controles de calidad y la capacitación del personal encargado de la recopilación.
4. Analizar los datos recopilados y generar informes periódicos sobre el flujo de pacientes y la calidad de los servicios.
5. Utilizar los datos para evaluar la efectividad de los programas y políticas implementados y para identificar áreas de mejora.

Documentos de referencia: Normativas y regulaciones aplicables a la recopilación y análisis de datos de salud.

Registros: Informes periódicos de análisis del flujo de pacientes y la calidad de los servicios.

Anexos: Plantillas de registro de datos y guías de análisis de datos.

Procedimiento 5. Comunicación efectiva con los proveedores de atención médica, los pacientes y otras partes interesadas.

Objetivo del procedimiento: Definir los protocolos para mantener una comunicación efectiva con los proveedores de atención médica, los pacientes y otras partes interesadas en toda la red de atención médica, y para responder a las preguntas y preocupaciones relacionadas con los servicios de atención médica.

Alcance del procedimiento: Este procedimiento se aplica a toda la red de atención médica y tiene como objetivo garantizar una comunicación efectiva con los proveedores de atención médica, los pacientes y otras partes interesadas.

Responsabilidades:

1. El responsable de la Unidad debe garantizar que se sigan los protocolos de comunicación definidos en este procedimiento.
2. Los proveedores de atención médica deben seguir los protocolos de comunicación definidos en este procedimiento avalado por el Comando.
3. Los pacientes y otras partes interesadas deben ser informados sobre los protocolos de comunicación y se les debe animar a hacer preguntas o expresar sus preocupaciones.

Procedimiento:

1. Definir los protocolos de comunicación para la red de atención médica, incluyendo el uso de canales de comunicación formales e informales.
2. Capacitar a los proveedores de atención médica sobre los protocolos de comunicación y asegurarse de que los sigan.
3. Capacitar al personal de atención al cliente sobre los protocolos de comunicación y asegurarse de que puedan responder a las preguntas y preocupaciones de los pacientes y otras partes interesadas.
4. Presentar y aprobar ante el Comando los protocolos definidos.
5. Asegurarse de que la información proporcionada a los pacientes y otras partes interesadas sea clara, precisa y esté actualizada.
6. Realizar revisiones periódicas de los protocolos de comunicación para garantizar su efectividad.

Documentos de referencia:

Políticas y procedimientos relacionados con la comunicación con los proveedores de atención médica, los pacientes y otras partes interesadas.

Registros:

1. Registros de capacitación del personal de atención al cliente sobre los protocolos de comunicación.
2. Registros de preguntas y preocupaciones de los pacientes y otras partes interesadas, y de las respuestas proporcionadas.

Anexos:

Ejemplos de canales de comunicación formales e informales que se utilizan en la red de atención médica.

Procedimientos de la Unidad Responsable de Líneas de Atención

Procedimiento 1. Identificación de líneas específicas de atención.

Objetivo del procedimiento: Establecer un proceso para el seguimiento de las líneas específicas de atención médica en las que el Centro Coordinador de Salud para el Bienestar tiene responsabilidad de regulación.

Alcance del procedimiento: Este procedimiento se aplica a todo el personal del Centro Coordinador de Salud para el Bienestar encargado de la regulación de las líneas específicas de atención médica.

Responsabilidades:

1. El personal encargado de la regulación de las líneas específicas de atención médica es responsable de coordinar el seguimiento de las líneas específicas de atención que están bajo la responsabilidad del Centro Coordinador de Salud para el Bienestar.
2. El jefe de la unidad encargada de la regulación de las líneas específicas de atención médica es responsable de supervisar y asegurar que los procesos se lleven a cabo de manera efectiva.

Procedimiento:

1. El personal encargado de la regulación de las líneas específicas de atención médica debe revisar los documentos legales y normativos que establecen las responsabilidades del Centro Coordinador de Salud para el Bienestar.
2. Se debe proponer a la Dirección la actualización de las líneas que están bajo la responsabilidad del Centro Coordinador de Salud para el Bienestar.
3. Se debe verificar que el listado de líneas específicas de atención esté funcionando y se debe revisar periódicamente para asegurarse de que se hayan cumplido metas o indicadores de las líneas específicas de atención que estén bajo la responsabilidad del Centro Coordinador de Salud para el Bienestar.

Documentos de referencia:

1. Documentos legales y normativos que establecen las responsabilidades del Centro Coordinador de Salud para el Bienestar.

Registros:

Listado actualizado de líneas específicas de atención bajo la responsabilidad del Centro Coordinador de Salud para el Bienestar.

Anexos al procedimiento:

No aplica.

Procedimiento 2. Diseño de políticas y procedimientos.

Objetivo del procedimiento: Desarrollar políticas y procedimientos que garanticen la prestación de servicios de atención médica de alta calidad en las líneas de atención médica designadas, para mejorar la salud y el bienestar de los residentes del estado.

Alcance del procedimiento: Este procedimiento se aplica al Centro Coordinador de Salud para el Bienestar y a las líneas específicas de atención que tiene responsabilidad de regulación.

Responsabilidades:

1. El titular de la Dirección del Centro Coordinador de Salud para el Bienestar es responsable de aprobar las políticas y procedimientos diseñados.
2. El responsable de Líneas de Atención es responsable de desarrollar y supervisar la implementación de las políticas y procedimientos.
3. El personal encargado de la regulación de las líneas de atención médica debe cumplir con las políticas y procedimientos establecidos.

Procedimiento:

1. Identificar las necesidades de regulación de las líneas de atención médica designadas, con base en la evaluación de la calidad de los servicios y las necesidades de la comunidad.
2. Definir los objetivos y metas de las políticas y procedimientos a desarrollar, considerando las necesidades identificadas y los recursos disponibles.
3. Desarrollar las políticas y procedimientos, considerando las mejores prácticas y normativas en materia de atención médica, y asegurándose de que sean claros, concisos y de fácil comprensión.
4. Revisar y aprobar las políticas y procedimientos por parte de la Dirección del Centro Coordinador de Salud para el Bienestar.
5. Comunicar las políticas y procedimientos a todo el personal encargado de la regulación de las líneas de atención médica, asegurándose de que se comprendan y se cumplan adecuadamente.

6. Realizar revisiones periódicas de las políticas y procedimientos para asegurarse de que sigan siendo relevantes y efectivos en la mejora de la calidad de los servicios de atención médica.

Documentos de referencia: Normativas en materia de atención médica, mejores prácticas en la regulación de líneas de atención médica.

Registros: Registro de revisiones periódicas de las políticas y procedimientos.

Anexos al procedimiento: Ninguno.

Procedimiento 3. Implementación de políticas y procedimientos

Objetivo del procedimiento: Garantizar la correcta implementación de las políticas y procedimientos en las líneas de atención médica designadas, asegurando la calidad y accesibilidad de los servicios de atención médica.

Alcance del procedimiento: Este procedimiento se aplica en las líneas de atención médica designadas por el Centro Coordinador de Salud para el Bienestar.

Responsabilidades:

1. El responsable de Líneas de Atención debe supervisar la implementación de las políticas y procedimientos.
2. El personal encargado de la implementación de las políticas y procedimientos en las líneas de atención médica debe cumplir con lo establecido en los mismos.

Procedimiento:

1. El responsable de Líneas de Atención debe asegurarse de que el personal encargado de la implementación de las políticas y procedimientos tenga el conocimiento y las habilidades necesarias para su correcta implementación.
2. Se debe realizar un seguimiento constante de la implementación de las políticas y procedimientos en las líneas de atención médica, identificando posibles desviaciones y tomando las medidas necesarias para corregirlas.
3. Se debe llevar a cabo una evaluación periódica de la implementación de las políticas y procedimientos en las líneas de atención médica, utilizando los indicadores establecidos en las mismas.
4. Se deben establecer planes de mejora continua en caso de identificarse desviaciones en la implementación de las políticas y procedimientos.

Documentos de referencia:

Políticas y procedimientos establecidos por el Centro Coordinador de Salud para el Bienestar.

Registros:

1. Registro de seguimiento de la implementación de las políticas y procedimientos en las líneas de atención médica.
2. Registro de evaluación de la implementación de las políticas y procedimientos en las líneas de atención médica.
3. Registro de planes de mejora continua.

Anexos: No aplica.

Procedimiento 4. Gestión y supervisión del personal.

Objetivo del procedimiento: Garantizar la gestión y supervisión efectiva del personal a cargo de la regulación y funcionamiento de las líneas de atención médica, y asegurar el cumplimiento de los objetivos y metas establecidos para las mismas.

Alcance del procedimiento: Este procedimiento se aplica a todo el personal a cargo de la regulación y funcionamiento de las líneas de atención médica en el Centro Coordinador de Salud para el Bienestar.

Responsabilidades:

1. El responsable de líneas de atención es responsable de la gestión y supervisión del personal a cargo de la regulación y funcionamiento de las líneas de atención médica.
2. El personal a cargo de la regulación y funcionamiento de las líneas de atención médica debe cumplir con las políticas y procedimientos establecidos por el Centro Coordinador de Salud para el Bienestar.

Procedimiento:

1. Establecer objetivos y metas claros para el personal a cargo de la regulación y funcionamiento de las líneas de atención médica.
2. Proporcionar a todo el personal a cargo de la regulación y funcionamiento de las líneas de atención médica una descripción clara de sus responsabilidades y obligaciones.
3. Proporcionar una formación adecuada y continua al personal a cargo de la regulación y funcionamiento de las líneas de atención médica.
4. Realizar evaluaciones periódicas del desempeño del personal a cargo de la regulación y funcionamiento de las líneas de atención médica.

5. Tomar medidas correctivas cuando sea necesario para asegurar que el personal a cargo de la regulación y funcionamiento de las líneas de atención médica cumpla con los objetivos y metas establecidos.
6. Proporcionar un ambiente de trabajo seguro y saludable para el personal a cargo de la regulación y funcionamiento de las líneas de atención médica.

Documentos de referencia:

1. Políticas y procedimientos establecidos por el Centro Coordinador de Salud para el Bienestar.
2. Descripciones de trabajo para el personal a cargo de la regulación y funcionamiento de las líneas de atención médica.

Registros:

1. Evaluaciones de desempeño del personal a cargo de la regulación y funcionamiento de las líneas de atención médica.
2. Informes de medidas correctivas tomadas para asegurar el cumplimiento de los objetivos y metas establecidos.

Anexos: Ninguno.

Procedimiento 5. Evaluación y mejora continua del proceso de regulación de las líneas específicas de atención.

Objetivo del procedimiento: Realizar una evaluación y mejora continua del proceso de regulación de las líneas específicas de atención, con el fin de garantizar la calidad y eficiencia de los servicios de atención médica.

Alcance del procedimiento: Este procedimiento aplica a todas las líneas específicas de atención reguladas por el Centro Coordinador de Salud para el Bienestar.

Responsabilidades:

1. El personal encargado del proceso de regulación de las líneas específicas de atención es responsable de realizar la evaluación y mejora continua del proceso.
2. El personal encargado de cada línea específica de atención es responsable de proporcionar la información necesaria para la evaluación y mejora continua del proceso.

Procedimiento:

1. Definir los indicadores de calidad y eficiencia del proceso de regulación de las líneas específicas de atención.

- 
2. Recopilar la información necesaria para evaluar el desempeño del proceso de regulación de las líneas específicas de atención, utilizando los indicadores definidos en el paso anterior.
 3. Analizar los resultados obtenidos de la evaluación y determinar las áreas que requieren mejoras.
 4. Desarrollar un plan de mejora para abordar las áreas identificadas en el paso anterior.
 5. Implementar el plan de mejora y realizar un seguimiento para evaluar su eficacia.
 6. Repetir el proceso de evaluación y mejora continua de manera periódica para asegurar la calidad y eficiencia del proceso de regulación de las líneas específicas de atención.

Documentos de referencia:

Guía técnica para la regulación de líneas específicas de atención en el Centro Coordinador de Salud para el Bienestar.

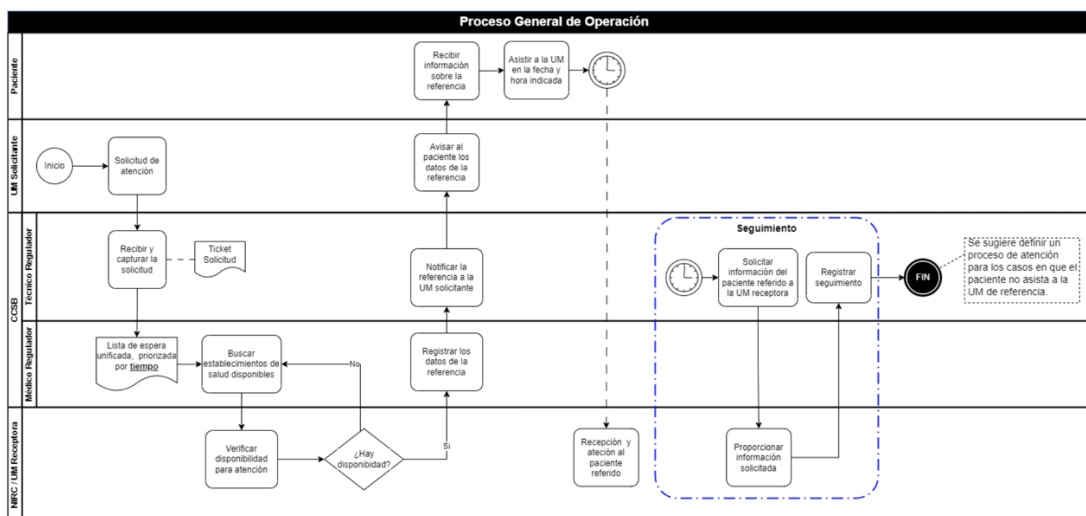
Registros:

1. Resultados de la evaluación del desempeño del proceso de regulación de las líneas específicas de atención.
2. Planes de mejora implementados y su eficacia.

Anexos al procedimiento:

1. Ejemplo de indicadores de calidad y eficiencia del proceso de regulación de las líneas específicas de atención.
2. Formato para el registro de resultados de la evaluación del desempeño del proceso de regulación de las líneas específicas de atención.
3. Formato para el registro de planes de mejora implementados y su eficacia.

Procedimientos de regulación y coordinación de la atención médica no urgente



Procedimiento 1. Captación de demanda en un centro coordinador de salud:

Objetivo: Registrar los datos de la demanda de la atención en salud, requerida directamente de un ciudadano o de una institución de salud.

Alcance: Este procedimiento aplica para la captación de la demanda de atención en salud de los establecimientos de salud, los NIRC y el CRUM, a través de los canales de comunicación establecidos.

Responsabilidades: Técnico de Atención de Regulación Médica (TARM): recibir la solicitud de atención médica y registrarla en el sistema junto con los datos del paciente y solicitante.

Solicitante: solicitar atención directamente al CCSB a través de los canales de comunicación establecidos (llamada telefónica, presencial, correo-e) y proporcionar los datos solicitados.

Descripción del procedimiento:

1. Recepción de la demanda:
 - a) El solicitante se comunica con el CCSB a través de los canales de comunicación establecidos y solicita atención médica.
 - b) El TARM recibe la demanda y la registra en el sistema.
2. Registro de la demanda:

- a) El TARM realiza una entrevista al solicitante y recoge la información requerida para registrar la demanda en el sistema.
 - b) El TARM debe verificar que la solicitud no se encuentre ya registrada en el sistema y pendiente de atención, a través de la búsqueda de pacientes y demandas.
 - c) Si la solicitud ya se encuentra registrada, el TARM debe informar al solicitante y actuar conforme a lo establecido en los procedimientos de operación.
3. Identificación de la demanda:
- a) El sistema asigna un identificador único a la solicitud y muestra la confirmación del registro.
4. Registro de la demanda en el sistema:
- a) La solicitud queda registrada en el sistema con el estatus de "nueva" y en espera de ser evaluada.

Registros:

Registro de demandas.

Anexos:

Formato de registro de demandas.

Procedimiento 2. Evaluación de la Demanda

Objetivo: Evaluar la demanda de atención médica registrada en el sistema para clasificar y priorizar según la gravedad del caso, a fin de referir al paciente al establecimiento de salud adecuado y garantizar una atención oportuna.

Alcance: Este procedimiento se aplica en el CCSB y comprende la evaluación de la demanda registrada en el sistema por el personal médico responsable.

Responsabilidades:

Médico regulador:

- Evaluar la demanda de atención registrada en el sistema para clasificar y priorizar¹ según la gravedad del caso.
- Verificar que la demanda esté registrada en el sistema y haya sido captada correctamente.

Procedimiento:

1. Recepción de la demanda: La demanda es recibida registrando los detalles relevantes del caso específico en el sistema por el TARM, a través del sistema de gestión TRIS, correos y llamadas, según sea el caso.
2. Búsqueda de la demanda en el sistema: El médico regulador realiza una búsqueda en el sistema para identificar la demanda que será evaluada.
3. Evaluación de la demanda: El médico regulador evalúa la demanda registrada en el sistema y realiza una valoración clínica del paciente, considerando los protocolos de atención y las guías clínicas establecidas para la atención de cada tipo de caso². Con base en dicha valoración, el médico regulador establece una clasificación y prioridad para la atención del paciente, tomando en cuenta la valoración del profesional de la salud solicitante, y por último, registra esta información en el sistema.
4. Referencia al establecimiento de salud adecuado: De acuerdo a la clasificación y prioridad establecida, el médico regulador asigna una unidad para la adecuada atención, siguiendo los protocolos establecidos en el manual de procedimientos.
- 5.
6. **Registros:**
 1. Registro de la demanda de atención médica.
 2. Registro de la evaluación médica de la demanda.
 3. Registro de la clasificación y prioridad establecida.
 4. Registro de la referencia al establecimiento de salud adecuado, si aplica.

Anexos:

1. Protocolos y guías clínicas establecidas para la atención de cada tipo de caso.
2. Manual de procedimientos del CCSB.

Procedimiento 3. Búsqueda de la oferta

Objetivo del procedimiento: Buscar y ubicar un establecimiento o institución de salud con la capacidad de atención requerida para la referencia programada de un paciente.

Alcance del procedimiento: Este procedimiento se aplica en la búsqueda y ubicación de establecimientos de salud que puedan atender a pacientes referidos por el servicio de atención de regulación médica.

Responsabilidades:

² Debe consultar las vías clínicas y sus tiempos clínicamente aceptables

Médico Regulador (MR): Es responsable de ubicar en el sistema el establecimiento o institución de salud que cumpla con la capacidad de atención requerida.

Unidad Médica y/o Núcleo Interno de Regulación y Coordinación (NIRC): Es responsable de confirmar con el establecimiento de salud y con el MR la disponibilidad de la oferta mediante el sistema TRIS.

Procedimiento:

1. Este procedimiento inicia cuando el profesional de la salud ya solicitó una atención y se necesita encontrar un establecimiento de salud con la capacidad de atención requerida.
2. El MR ingresa al sistema los parámetros necesarios para realizar la búsqueda del establecimiento de salud requerido.
3. El sistema realiza la búsqueda y muestra un listado de los resultados obtenidos, con datos que sirvan al TARM para ubicar el establecimiento de salud más adecuado.
4. El TARM verifica la disponibilidad del establecimiento de salud mediante el sistema TRIS y asigna el establecimiento de salud seleccionado.
5. Si el establecimiento de salud está disponible y cumple con los requisitos necesarios, se procede a referir al paciente al establecimiento de salud **estableciendo fecha, hora y nombre de quien recibirá o confirmó la disponibilidad.**
6. El procedimiento finaliza cuando el paciente es referido al establecimiento de salud correspondiente.

Documentos de referencia:

1. Catálogo de establecimientos de salud con capacidad de atención.
2. Protocolos de referencia de pacientes.
3. Información de contacto del NIRC y del establecimiento de salud.

Registros:

1. Lista de establecimientos de salud con capacidad de atención.

Anexos: Ninguno.

Procedimiento 4. Referencia al Establecimiento de Salud correspondiente.

Objetivo: Referir a un paciente al Establecimiento de Salud con la capacidad de atención requerida y confirmada como disponible.

Alcance: Este procedimiento se aplica a la referencia de pacientes a establecimientos de salud con la **disponibilidad** de atención requerida.

Responsabilidades:

Técnico de Atención de Regulación Médica (TARM): Es responsable de ubicar en el sistema el establecimiento o institución de salud que cumpla con la capacidad de atención requerida.

Núcleo Interno de Regulación y Coordinación (NIRC): Es responsable de confirmar con el establecimiento de salud y con el TARM la disponibilidad de la oferta.

Proceso:

1. Este procedimiento comienza cuando un paciente necesita ser referido a un Establecimiento de Salud para recibir atención.
2. El Técnico de Atención de Regulación Médica (TARM) determina los parámetros necesarios para realizar la búsqueda del establecimiento de salud adecuado.
3. El TARM consulta el catálogo de establecimientos de salud con capacidad de atención para encontrar un establecimiento que cumpla con los requisitos necesarios.
4. Si se encuentra un establecimiento de salud que cumple con la capacidad de atención requerida, el TARM hace la referencia del paciente a dicho establecimiento.
5. Si no se encuentra un establecimiento de salud con la capacidad de atención requerida, se agrega al paciente a la fila de espera unificada del servicio de atención de regulación médica.
6. El establecimiento de salud recibe al paciente referido y brinda la atención requerida.
7. El Núcleo Interno de Regulación y Coordinación (NIRC) da seguimiento a la referencia entre el servicio de atención de regulación médica y el Establecimiento de Salud correspondiente.

Documentos de referencia:

1. Catálogo de establecimientos de salud con capacidad de atención.
2. Protocolos de referencia de pacientes.
3. Información de contacto del NIRC y del establecimiento de salud.

Registro:

Referencia del paciente al establecimiento de salud correspondiente.

Procedimiento 5. Captación de la Oferta

Objetivo del procedimiento: Captar y registrar la oferta y las capacidades de los servicios de atención de los establecimientos de salud vinculados al CCSB, de acuerdo a las líneas de atención en las que participan.

Alcance del procedimiento: Este procedimiento se aplica en la captación de la oferta y capacidades de los servicios de atención de los establecimientos de salud vinculados al CCSB.. Se realiza mediante la obtención de información sobre las capacidades máximas de servicios a ofertar, así como la oferta de servicios disponible en ese momento y a futuro, correspondientes a las líneas de atención correspondientes a cada establecimiento de salud.

Responsabilidades:

Núcleo Interno de Regulación y Coordinación (NIRC): Es responsable de la captación y registro de la oferta y capacidades de los servicios de atención de los establecimientos de salud vinculados al CCSB. Debe obtener información del personal del establecimiento de salud para conocer las capacidades y disponibilidad de prestación de servicios de cada uno.

Personal del Establecimiento de Salud: Es responsable de facilitar al NIRC la información necesaria para obtener la oferta y capacidades de los servicios de atención que se ofrecen en el establecimiento de salud.

Técnico de Atención de Regulación Médica (TARM) y Médico Regulador (MR): Son responsables de conocer las capacidades y disponibilidad de prestación de servicios de cada establecimiento de salud para poder referir adecuadamente a los pacientes.

Procedimiento:

1. Este procedimiento inicia cuando un usuario requiere registrar en el sistema la oferta de un establecimiento de salud.
2. El usuario del NIRC inicia sesión en el sistema y se identifica con el establecimiento de salud correspondiente.
3. El NIRC registra en el sistema la oferta y capacidades de los servicios de atención de los establecimientos de salud, con base en los datos proporcionados por el personal del establecimiento y las líneas de atención correspondientes.
4. El sistema muestra los datos de la nueva oferta y capacidades registradas.
5. La oferta debe ser actualizada constantemente en el sistema para garantizar su disponibilidad y precisión.
6. El procedimiento finaliza cuando se registra la oferta y capacidades de los servicios de atención del establecimiento de salud en el sistema.

Documentos de referencia:

1. Guía técnica para la captación de la oferta de servicios de atención médica.
2. Reglamento de operación del CCSB.
3. Manual de procedimientos del CCSB.

Registros:

Formato de registro de la oferta de servicios de atención médica.

Anexos:

1. Catálogo de líneas de atención médica.
2. Listado de Establecimientos de Salud vinculados al CCSB.
3. Manual de uso del sistema de registro de la oferta de servicios de atención médica.

Procedimiento 6. Gestión de la Fila de Espera Unificada con Escala de Priorización.

Objetivo del procedimiento: Gestionar la Fila de Espera Unificada considerando la actualización de prioridad o estatus de una solicitud de atención médica, con base en una reevaluación médica disparada por un proceso de monitoreo y la aplicación de una escala de priorización.

Alcance del procedimiento: Este procedimiento se aplica a todas las solicitudes de atención médica registradas en la Fila de Espera Unificada, que no se les encontró un establecimiento donde ser atendidos después de haber realizado su evaluación con base en su diagnóstico dado por el personal médico de los CCSB. La Fila de Espera es dinámica y debe actualizarse constantemente. La aplicación de la escala de priorización es necesaria para atender a los pacientes de manera justa y equitativa, tomando en cuenta factores que puedan poner en mayor riesgo su salud.

Responsabilidades:

Técnico de Atención de Regulación Médica (TARM): Actualización constante de las solicitudes de atención médica en la Fila de Espera y su referencia al Establecimiento de Salud correspondiente cuando este tenga la disponibilidad requerida.

Médico Regulador: Reevaluación de las solicitudes de atención y actualización de prioridad y/o estatus según la escala de priorización.

Proceso de monitoreo de la Fila de Espera: Proceso para monitorear la Fila de Espera constantemente con el fin de enviar notificaciones cuando una solicitud esté alertada por tiempo o variables definidas que atenten contra la vida del paciente.

Procedimiento:

1. El proceso inicia cuando es necesario actualizar una solicitud de atención médica que ha sido evaluada por el Médico Regulador (MR) y que se encuentra en espera



de ser atendida. Esta solicitud ha sido alertada por un proceso de monitoreo constante, que dispara el caso de uso "Monitoreo de las solicitudes en espera de atención".

2. Existen varios factores para la actualización:
3. Disponibilidad para ser atendida por un Establecimiento de Salud.
4. Cambio de prioridad por evaluación dependiendo del estado de salud del paciente.
5. Cambio de prioridad por la evaluación del estado de salud de otro paciente.
6. El proceso de monitoreo lanza una notificación de que una solicitud necesita ser reevaluada (llamada al caso de uso "Envío de notificaciones").
7. El usuario MR ubica la solicitud de atención alertada dentro del sistema (llamada al caso de uso "Búsqueda de demanda").
8. El usuario MR evalúa la solicitud según la escala de priorización establecida previamente, la cual considera factores como edad, comorbilidades, gravedad de la enfermedad, entre otros (llamada al caso de uso "Evaluación de la demanda con Escala de Priorización").
9. Dependiendo de la reevaluación y si la solicitud requiere ser referida, se llama al caso de uso "Referencia al Establecimiento de Salud correspondiente".
10. El caso finaliza.

Documentos de referencia:

1. Normativa y regulaciones sanitarias aplicables.
2. Procedimientos operativos estándar (POE) de los CCSB.

Registros:

1. Listado actualizado de las solicitudes de atención médica en la Fila de Espera Unificada.

Procedimiento 7. Retroalimentación del Establecimiento de Salud hacia el CCSB.

Objetivo del procedimiento: Avisar al CCSB de la llegada y atención de un paciente al Establecimiento de Salud referido.

Alcance del procedimiento: Este procedimiento se aplica cuando un paciente es referido a un establecimiento de salud y necesita ser atendido. El procedimiento abarca desde la llegada del paciente al establecimiento de salud referido hasta la notificación al Técnico de Atención de Regulación Médica (TARM) del CCSB.

Responsabilidades:

El usuario del NIRC es responsable de identificar al paciente y actualizar su seguimiento y estatus en el sistema del CCSB.

El Técnico de Atención de Regulación Médica (TARM) del CCSB es responsable de recibir la notificación de la atención al paciente referido y actuar conforme lo indique su procedimiento operativo.

Procedimiento:

1. El paciente llega al establecimiento de salud referido y es atendido.
2. El usuario del NIRC identifica al paciente, su solicitud y actualiza su seguimiento y estatus en el sistema del CCSB, la solicitud se actualiza como atendida.
3. El sistema avisa al Técnico de Atención de Regulación Médica (TARM) del CCSB mediante una notificación mediante los canales establecidos (llamada al caso de uso "Envío de notificaciones").
4. El TARM del CCSB recibe la notificación y actúa conforme lo indique su procedimiento operativo.

Documentos de referencia:

Procedimiento operativo del TARM del CCSB.

Registros:

1. Registro de llegada y atención del paciente referido en el establecimiento de salud.
2. Registro de actualización de seguimiento y estatus en el sistema del CCSB.
3. Registro de notificación al TARM del CCSB.

Anexos: ninguno.

Procedimientos de coordinación con el CRUM Estatal

Procedimiento 1. Asignación de citas médicas

Objetivo del procedimiento: Coordinar la asignación de citas médicas entre los centros estatales de regulación y los CRUM, con el fin de optimizar la disponibilidad de recursos, reducir los tiempos de espera y mejorar la satisfacción de los pacientes.

Alcance del procedimiento: Este procedimiento se aplica a todas las solicitudes de citas médicas registradas en los centros estatales de regulación y los CRUM.

Responsabilidades:

Centros estatales de regulación: Recepción y registro de las solicitudes de citas médicas, coordinación con los CRUM para la asignación de citas y seguimiento de las citas asignadas.

CRUM: Recepción de las solicitudes de citas médicas, coordinación con los centros estatales de regulación para la asignación de citas y notificación a los pacientes de las citas asignadas.

Procedimiento:

1. Recepción de las solicitudes de citas médicas por parte de los centros estatales de regulación y los CRUM.
2. Registro de las solicitudes en el sistema correspondiente.
3. Coordinación entre los centros estatales de regulación y los CRUM para la asignación de citas médicas, considerando la disponibilidad de recursos y las necesidades de los pacientes.
4. Notificación a los pacientes de las citas asignadas, por parte de los CRUM.
5. Seguimiento de las citas asignadas por parte de los centros estatales de regulación, con el fin de garantizar la atención médica oportuna y de calidad.

Documentos de referencia:

1. Normativa y regulaciones sanitarias aplicables.
2. Procedimientos operativos estándar (POE) de los centros estatales de regulación y los CRUM.

Registros:

1. Listado actualizado de las solicitudes de citas médicas registradas.
2. Registro de la asignación de citas médicas.
3. Registro del seguimiento de las citas asignadas.

Anexos:

Formatos de registro de solicitudes de citas médicas.

Procedimiento 2. Derivación de pacientes.

Objetivo del procedimiento: Garantizar una derivación oportuna y eficiente de pacientes que requieren atención médica no urgente y que no puede ser brindada en el CRUM, a los centros de atención médica adecuados.

Alcance del procedimiento: Este procedimiento se aplica a los pacientes que acuden a los CRUM y que requieren atención médica no urgente que no puede ser brindada en el mismo centro. También se aplica a los centros estatales de regulación de atención

médica no urgente que deben coordinarse con los CRUM para garantizar una derivación oportuna y eficiente.

Responsabilidades:

Personal del CRUM: Identificar a los pacientes que requieren una derivación y brindar la información necesaria a los centros estatales de regulación.

Centros estatales de regulación: Coordinar la derivación de los pacientes a los centros de atención médica adecuados y brindar información al CRUM sobre la disponibilidad de camas y recursos.

Procedimiento:

1. El personal del CRUM identifica a los pacientes que requieren una derivación a un centro de atención médica adecuado.
2. El personal del CRUM brinda información sobre el paciente, el diagnóstico y los recursos necesarios a los centros estatales de regulación.
3. Los centros estatales de regulación coordinan la derivación del paciente al centro de atención médica adecuado.
4. Los centros estatales de regulación brindan información al CRUM sobre la disponibilidad de camas y recursos.
5. El paciente es derivado al centro de atención médica adecuado.

Documentos de referencia:

1. Normativa y regulaciones sanitarias aplicables.
2. Procedimientos operativos estándar (POE) de los CRUM y centros estatales de regulación.

Registros:

1. Registro de pacientes derivados.
2. Registro de coordinación entre el CRUM y los centros estatales de regulación.

Anexos:

1. Formato de solicitud de derivación de pacientes.
2. Formato de registro de pacientes derivados.

Procedimiento 3. Monitoreo de la demanda

Objetivo del procedimiento: Monitorear la demanda de atención médica no urgente en el estado y proporcionar información a los CRUM para anticiparse a posibles picos de demanda y ajustar sus recursos en consecuencia.

Alcance del procedimiento: Este procedimiento se aplica a los centros estatales de regulación de atención médica no urgente y a los CRUM que operan en el estado.

Responsabilidades:

1. Los centros estatales de regulación son responsables de monitorear la demanda de atención médica no urgente en el estado y proporcionar información actualizada a los CRUM.
2. Los CRUM son responsables de utilizar la información proporcionada por los centros estatales de regulación para anticiparse a posibles picos de demanda y ajustar sus recursos en consecuencia.

Procedimiento:

1. Los centros estatales de regulación monitorean la demanda de atención médica no urgente en el estado.
2. Los centros estatales de regulación proporcionan información actualizada sobre la demanda de atención médica no urgente a los CRUM.
3. Los CRUM utilizan la información proporcionada por los centros estatales de regulación para anticiparse a posibles picos de demanda y ajustar sus recursos en consecuencia.

Documentos de referencia: Informes de demanda de atención médica no urgente en el estado.

Registros: Informes de demanda de atención médica no urgente en el estado.

Anexos: Ninguno.

Procedimiento 4. Coordinación en situaciones de emergencia

Objetivo del procedimiento: Establecer un procedimiento de coordinación entre los centros estatales de regulación de atención médica no urgente y los CRUM, en situaciones de emergencia, para garantizar la gestión adecuada de la demanda de atención médica.

Alcance del procedimiento: Este procedimiento se aplica en situaciones de emergencia en las que los CRUM pueden verse abrumados por la demanda de atención médica y requieran apoyo de los centros estatales de regulación.

Responsabilidades: Los centros estatales de regulación son responsables de coordinar con los CRUM y proporcionar apoyo en la gestión de la demanda y en la derivación de pacientes a otros centros de atención médica, si es necesario. Los CRUM son responsables

de informar oportunamente a los centros estatales de regulación sobre la situación de emergencia y su capacidad de atención.

Procedimiento

1. Los CRUM informan a los centros estatales de regulación sobre la situación de emergencia y su capacidad de atención.
2. Los centros estatales de regulación coordinan con los CRUM para proporcionar apoyo en la gestión de la demanda y en la derivación de pacientes a otros centros de atención médica, si es necesario.
3. Los centros estatales de regulación y los CRUM trabajan juntos para garantizar la atención médica adecuada a los pacientes en situaciones de emergencia.

Documentos de referencia: Protocolos de atención médica en situaciones de emergencia.

Registros: Registro de comunicaciones entre los centros estatales de regulación y los CRUM durante situaciones de emergencia.

Anexos: Ninguno.

Procedimiento 5. Manejo de listas de espera.

Objetivo del procedimiento: Coordinar la gestión de las listas de espera entre los centros estatales de regulación de atención médica no urgente y los CRUM, garantizando una atención médica oportuna y equitativa para los pacientes.

Alcance del procedimiento: Aplica a la gestión de las listas de espera para la atención médica no urgente en los centros estatales de regulación y los CRUM.

Responsabilidades: Los centros estatales de regulación y los CRUM son responsables de coordinar la gestión de las listas de espera, asegurando que los pacientes sean atendidos en el orden que corresponde según su prioridad.

Procedimiento:

1. Establecer un sistema de priorización para los pacientes, basado en su condición médica y la gravedad de su situación.
2. Asignar citas médicas de acuerdo a la priorización establecida, asegurando que los pacientes más urgentes sean atendidos primero.
3. Monitorear continuamente las listas de espera y reprogramar citas en caso de cancelaciones o cambios en la condición médica del paciente.
4. Proporcionar información clara y actualizada a los pacientes sobre su posición en la lista de espera y el tiempo estimado de espera.

5. Documentos de referencia: Guías de priorización establecidas por las autoridades de salud competentes.

Registros: Registro de citas médicas asignadas, registro de cambios en las listas de espera, registro de comunicaciones con los pacientes.

Anexos: Ninguno.

Procedimiento 6. Coordinación de la disponibilidad de recursos y personal médico.

Objetivo del procedimiento: Garantizar la disponibilidad de recursos y personal médico en los diferentes centros de salud para la atención adecuada de los pacientes y la utilización eficiente de los recursos.

Alcance del procedimiento: Incluye la coordinación entre los CRUM y los centros estatales de regulación de atención médica no urgente para la disponibilidad de recursos y personal médico en los diferentes centros de salud.

Responsabilidades:

1. Los CRUM y los centros estatales de regulación deben compartir información sobre la disponibilidad de recursos y personal médico en los diferentes centros de salud.
2. Los CRUM y los centros estatales de regulación deben coordinar la asignación de recursos y personal médico de acuerdo a la demanda de atención médica no urgente en cada centro de salud.
3. Los CRUM y los centros estatales de regulación deben asegurarse de que los recursos y personal médico sean utilizados de manera eficiente.

Procedimiento:

1. Los CRUM y los centros estatales de regulación deben establecer un canal de comunicación para compartir información sobre la disponibilidad de recursos y personal médico en los diferentes centros de salud.
2. Los CRUM y los centros estatales de regulación deben evaluar la demanda de atención médica no urgente en cada centro de salud para determinar la necesidad de recursos y personal médico adicionales.
3. Los CRUM y los centros estatales de regulación deben coordinar la asignación de recursos y personal médico a los diferentes centros de salud de acuerdo a la demanda de atención médica no urgente.

4. Los CRUM y los centros estatales de regulación deben monitorear la utilización de recursos y personal médico en los diferentes centros de salud para asegurar su uso eficiente.

Documentos de referencia: Información sobre la disponibilidad de recursos y personal médico en los diferentes centros de salud.

Registros: Registros de la asignación de recursos y personal médico a los diferentes centros de salud y de la utilización de estos recursos.

Anexos: No aplica.

Procedimientos para la atención ciudadana en los Distritos de Salud para el Bienestar.

Procedimiento 1. Solicitud de acceso a atención médica oportuna y de calidad.

Objetivo del procedimiento: Garantizar que los usuarios reciban atención médica oportuna y de calidad, mediante la gestión de citas médicas y el seguimiento a las solicitudes recibidas.

Alcance del procedimiento: Este procedimiento aplica a todas las personas que requieran atención médica y soliciten el acceso a través de la oficina central del Distrito de Salud para el Bienestar.

Responsabilidades:

1. El personal encargado de la atención ciudadana en la oficina central debe recibir las solicitudes de los usuarios mediante el formato 1, brindando una atención amable y cordial, identificando sus necesidades y orientándolos hacia la unidad médica adecuada.
2. El personal encargado de la atención ciudadana debe gestionar las citas médicas mediante el formato 1, para que los usuarios puedan acceder a la atención médica de manera oportuna y con la calidad requerida.
3. El Responsable del Núcleo Interno de Regulación del Distrito de Salud para el Bienestar debe realizar el seguimiento a las solicitudes recibidas mediante el formato 1, garantizando que se brinde la atención médica necesaria y oportuna.

Procedimiento:

1. El usuario acude a la oficina central del Distrito de Salud para el Bienestar y presenta su solicitud de acceso a atención médica mediante el formato 1.

2. El personal encargado de la atención ciudadana recibe la solicitud, verifica que esté debidamente llenada y orienta al usuario hacia la unidad médica adecuada.
3. El personal encargado de la atención ciudadana gestiona la cita médica mediante el formato 1 y la entrega al usuario.
4. El Responsable del Núcleo Interno de Regulación del Distrito de Salud para el Bienestar realiza el seguimiento a las solicitudes recibidas mediante el formato 1, verificando que se brinde la atención médica necesaria y oportuna.
5. En caso de requerirse, se realizan ajustes en la programación de citas médicas para garantizar la atención oportuna y de calidad.

Documentos de referencia: Formato 1 de solicitud de acceso a atención médica.

Registros: Registro de solicitudes de acceso a atención médica mediante el formato 1.

Anexos: No aplica.

Procedimiento 2. Solicitud de referencia y contrarreferencia sectorial

Objetivo del procedimiento: Gestionar de manera eficiente y oportuna las solicitudes de referencia y contrarreferencia sectorial, para que los usuarios puedan recibir atención médica especializada y procedimientos diagnósticos en el nivel adecuado y para informar sobre el diagnóstico y tratamiento que se realizó.

Alcance del procedimiento: Este procedimiento aplica en las unidades médicas de primer nivel de atención, en el cual se atiende a los usuarios y se realizan los trámites correspondientes para gestionar las solicitudes de referencia y contrarreferencia sectorial.

Responsabilidades:

1. El personal encargado de la atención ciudadana es responsable de recibir y gestionar las solicitudes de referencia y contrarreferencia sectorial mediante el formato 2.
2. La unidad de segundo nivel de atención es responsable de atender a los usuarios y proporcionar el diagnóstico y tratamiento correspondiente.
3. El Responsable del Núcleo Interno de Regulación del Distrito de Salud para el Bienestar es responsable de realizar el seguimiento a las solicitudes de referencia y contrarreferencia sectorial.

Procedimiento:

1. Solicitud de referencia sectorial:

2. El usuario solicita atención médica especializada o procedimientos diagnósticos que no puedan ser realizados en la unidad médica.
3. El personal encargado de la atención ciudadana recibe la solicitud mediante el formato 2.
4. El personal encargado de la atención ciudadana realiza la solicitud correspondiente a la unidad de segundo nivel de atención mediante el formato 2.
5. El personal encargado de la atención ciudadana informa al usuario sobre la fecha y hora de la cita en la unidad de segundo nivel de atención.
6. El personal encargado de la atención ciudadana registra la solicitud de referencia en el sistema.
7. Gestión de contrarreferencia sectorial:
8. Una vez que el usuario ha sido atendido en el segundo nivel de atención, el personal encargado de la atención ciudadana recibe la contrarreferencia correspondiente a la unidad médica mediante el formato 2.
9. El personal encargado de la atención ciudadana informa al usuario sobre el diagnóstico y tratamiento que se realizó.
10. El personal encargado de la atención ciudadana registra la contrarreferencia en el sistema.

Documentos de referencia:

1. Formato 2: Solicitud de referencia y contrarreferencia sectorial.
2. Registros:
3. Registro de solicitudes de referencia y contrarreferencia sectorial en el sistema.
4. Formato 2: Solicitud de referencia y contrarreferencia sectorial.

Anexos: No aplica.

Procedimiento 3. Solicitud de acceso a procedimientos diagnósticos oportunos.

Objetivo del procedimiento: Gestionar la solicitud y entrega de resultados de los estudios diagnósticos necesarios para la evaluación del estado de salud del usuario.

Alcance del procedimiento: Este procedimiento aplica a todos los usuarios que requieran estudios diagnósticos en la unidad médica.

Responsabilidades:

1. Personal encargado de la atención ciudadana: Recibir y gestionar las solicitudes de estudios diagnósticos mediante el formato 3, así como informar al usuario sobre la entrega de resultados y brindar la orientación correspondiente.
2. Responsable del Núcleo Interno de Regulación del Distrito de Salud para el Bienestar: Garantizar que se brinde la atención médica necesaria y oportuna.

Procedimiento:

1. Recepción de solicitudes: El personal encargado de la atención ciudadana debe recibir las solicitudes de estudios diagnósticos mediante el formato 3, brindando una atención amable y cordial, identificando las necesidades del usuario y orientándolo sobre los estudios necesarios para su evaluación de salud.
2. Gestión de solicitud: El personal encargado de la atención ciudadana debe gestionar la solicitud de los estudios diagnósticos necesarios mediante el formato 3, verificando que se cumplan los requisitos y condiciones necesarias para la realización de los estudios.
3. Entrega de resultados: Una vez que los resultados de los estudios diagnósticos estén disponibles, el personal encargado de la atención ciudadana debe informar al usuario mediante el formato 3, brindando la orientación correspondiente y en su caso, programando una consulta para la revisión de los resultados.

Documentos de referencia:

Formato 3: Solicitud de acceso a procedimientos diagnósticos.

Registros:

Registro de solicitudes de estudios diagnósticos.

Registro de entrega de resultados de estudios diagnósticos.

Anexos: No aplica.

Procedimiento 4. Solicitud de interpretación diagnóstica

Objetivo del procedimiento: Gestionar la evaluación de los resultados de los estudios diagnósticos realizados a los usuarios que lo soliciten, y brindar la orientación necesaria para el tratamiento adecuado.

Alcance del procedimiento: Este procedimiento aplica para los usuarios de la unidad médica que requieran una interpretación de los resultados de sus estudios diagnósticos.

Responsabilidades:

1. Personal encargado de la atención ciudadana: debe gestionar la evaluación de los resultados de los estudios diagnósticos, gestionar las citas con el especialista

correspondiente, y brindar la orientación necesaria para el tratamiento adecuado. Además, debe verificar que el usuario cuente con los requisitos necesarios para la atención médica.

2. Responsable del Núcleo Interno de Regulación del Distrito de Salud para el Bienestar: debe realizar el seguimiento a las solicitudes recibidas, garantizando que se brinde la interpretación diagnóstica necesaria y oportuna.

Procedimiento:

1. Solicitud de interpretación diagnóstica: En caso de que el usuario requiera una interpretación de los resultados de los estudios diagnósticos realizados, el personal encargado de la atención ciudadana debe gestionar la evaluación correspondiente mediante el formato 3 y brindar la orientación necesaria para el tratamiento adecuado.
2. Gestión de citas con especialistas: El personal encargado de la atención ciudadana debe gestionar las citas con el especialista correspondiente mediante el formato 3, para que el usuario pueda acceder a la interpretación diagnóstica de manera oportuna y con la calidad requerida. Además, se debe verificar que el usuario cuente con los requisitos necesarios para la atención médica, como la afiliación a alguna institución de salud, la presentación de documentos de identificación, entre otros.
3. Seguimiento a las solicitudes: El responsable del Núcleo Interno de Regulación del Distrito de Salud para el Bienestar debe realizar el seguimiento a las solicitudes recibidas mediante el formato 3, garantizando que se brinde la interpretación diagnóstica necesaria y oportuna. Para ello, se deben establecer plazos para la atención de las solicitudes y realizar un registro detallado de las acciones tomadas en cada caso.

Documentos de referencia: Formato 3 de solicitud de interpretación diagnóstica.

Registros: Registro detallado de las solicitudes recibidas y las acciones tomadas en cada caso.

Anexos: Ninguno.

Procedimiento 5. Solicitud de acceso a tratamientos (medicamentos e insumos).

Objetivo del procedimiento: Garantizar el acceso oportuno y adecuado de los usuarios a los tratamientos necesarios para su recuperación.

Alcance del procedimiento: Este procedimiento aplica a todas las unidades médicas del Distrito de Salud para el Bienestar.

Responsabilidades:

1. Personal encargado de la atención ciudadana: Recibir las solicitudes, verificar la prescripción médica, entregar el tratamiento y brindar las indicaciones necesarias para su correcto uso y manejo.
2. Responsable del Núcleo Interno de Regulación del Distrito de Salud para el Bienestar: Realizar el seguimiento a las solicitudes y gestionar la entrega del tratamiento en caso de que no esté disponible en la unidad médica correspondiente.

Procedimiento:

1. Recepción de solicitud: El personal encargado de la atención ciudadana debe recibir las solicitudes de acceso a tratamientos (medicamentos e insumos) mediante el formato 3, brindando una atención amable y cordial, identificando las necesidades del usuario y orientándolo hacia la unidad médica correspondiente.
2. Verificación de la prescripción médica: El personal encargado de la atención ciudadana debe verificar que la prescripción médica sea adecuada y se ajuste a las necesidades del usuario, así como que el tratamiento esté disponible en la unidad médica correspondiente.
3. Entrega del tratamiento: El personal encargado de la atención ciudadana debe entregar el tratamiento al usuario mediante el formato 3, y brindar las indicaciones necesarias para su correcto uso y manejo. En caso de que el tratamiento no esté disponible en la unidad médica correspondiente, se debe realizar la solicitud a la unidad de segundo nivel de atención correspondiente, gestionando la entrega del tratamiento posteriormente.

Documentos de referencia: Formato 3.

Registros: Registro de solicitudes de acceso a tratamientos y registro de entregas de tratamientos.

Anexos: Ninguno.

Procedimiento 6. Solicitud de Acceso a la Continuidad de la Atención Médica por Pérdida de la Seguridad Social.

Objetivo del procedimiento: Garantizar que las personas que han perdido su seguridad social puedan acceder a la atención médica necesaria para su bienestar.

Alcance del procedimiento: Este procedimiento aplica a todas las unidades médicas bajo la responsabilidad del Distrito de Salud para el Bienestar.

Responsabilidades:

1. Personal encargado de la atención ciudadana: Recibir las solicitudes de acceso a la continuidad de la atención médica mediante el formato correspondiente, verificar la documentación necesaria, y brindar orientación sobre los servicios disponibles del CCSB.
2. Responsable del Núcleo Interno de Regulación del Distrito de Salud para el Bienestar: Realizar el seguimiento a las solicitudes y gestionar las solicitudes al CCSB en caso de ser necesarias.

Procedimiento:

1. Recepción de solicitud: El personal encargado de la atención ciudadana debe recibir las solicitudes de acceso a la continuidad de la atención médica mediante el formato correspondiente, brindando una atención amable y cordial, identificando las necesidades del usuario.
2. Verificación de documentación: El personal encargado de la atención ciudadana debe verificar la documentación necesaria para procesar la solicitud, como el comprobante de pérdida de la seguridad social y la identificación oficial del solicitante.
3. Procesar la solicitud.

Documentos de referencia: Formato de Solicitud de Acceso a la Continuidad de la Atención Médica.

Registros: Registro de solicitudes de acceso a la continuidad de la atención médica y registro de atención médica brindada a los pacientes.

Anexos: Ninguno.

Procedimiento 7. Servicio de Call Center para orientación sobre las solicitudes de atención ciudadana.

Objetivo del procedimiento: Brindar orientación clara y oportuna a los usuarios sobre las solicitudes de atención ciudadana, a través de un servicio de Call Center eficiente y efectivo.

Alcance del procedimiento: El procedimiento aplica a todas las solicitudes de atención ciudadana realizadas por los usuarios que requieran orientación sobre el proceso y requisitos necesarios para acceder a los servicios de salud.

Responsabilidades:

1. El personal encargado del servicio de Call Center es responsable de recibir las llamadas de los usuarios y brindar orientación clara y precisa sobre los procedimientos y requisitos necesarios para gestionar la solicitud.
2. El Responsable del Núcleo Interno de Regulación del Distrito de Salud para el Bienestar es responsable de realizar una evaluación constante del servicio de Call Center y utilizar la retroalimentación para mejorar continuamente el servicio.

Procedimiento:

1. Recepción de llamadas: El personal encargado del servicio de Call Center debe recibir las llamadas de los usuarios con la finalidad de brindar orientación sobre las solicitudes de atención ciudadana. Se debe atender de manera amable y cordial, identificando las necesidades del usuario y brindando información clara y precisa.
2. Identificación del tipo de solicitud: El personal encargado del servicio de Call Center debe identificar el tipo de solicitud del usuario y orientarlo sobre los procedimientos que deben seguirse para gestionar la solicitud, así como sobre los requisitos necesarios para cada tipo de atención.
3. Orientación sobre los formatos necesarios: El personal encargado del servicio de Call Center debe orientar al usuario sobre los formatos necesarios para cada tipo de solicitud, brindando información detallada sobre cómo llenarlos y dónde entregarlos.
4. Seguimiento a las solicitudes: El personal encargado del servicio de Call Center debe realizar el seguimiento a las solicitudes recibidas por los usuarios, garantizando que se brinde la atención necesaria y oportuna. Para ello, se deben establecer plazos para la atención de las solicitudes y realizar un registro detallado de las acciones tomadas en cada caso.
5. Retroalimentación del servicio: El Responsable del Núcleo Interno de Regulación del Distrito de Salud para el Bienestar debe realizar una evaluación constante del servicio de Call Center, recopilando la retroalimentación de los usuarios y el personal encargado del servicio. Esta retroalimentación debe ser utilizada para mejorar continuamente el servicio y garantizar una atención ciudadana de calidad.

Documentos de referencia: No aplica.

Registros: Se debe realizar un registro detallado de las acciones tomadas en cada caso de seguimiento a las solicitudes.



Anexos al procedimiento: No aplica.