

ACUERDO No. 30-89 MOD X 8-C1

EL GERENTE
DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL

CONSIDERANDO:

Que uno de los objetivos del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social es proporcionar a los afiliados y beneficiarios con derecho de acuerdo con los programas vigentes y a la adscripción de la población, las prestaciones en servicio y en dinero en forma oportuna, eficiente y eficaz.

Que es necesario regular los servicios de consulta externa mediante normas adecuadas, para una aplicación correcta de la reglamentación vigente.

POR TANTO:

En uso de las facultades que le confieren los Artículos 15 del Decreto número 295 del Congreso de la República, Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y 6 del Acuerdo número 166 de la Junta Directiva.

ACUERDA:

Aprobar el siguiente:

**MANUAL DE NORMAS MEDICO-ADMINISTRATIVAS EN LA ATENCION
DE PACIENTES EN CONSULTA EXTERNA**

CAPITULO I**OBJETIVOS Y CONCEPTOS**

ARTICULO 1. Objetivos. El uso y aplicación del presente Manual, conlleva el logro de los objetivos siguientes:

- a) Proporcionar al personal que presta sus servicios en las Unidades Médicas del Instituto, un instrumento que contenga las normas médico-administrativas y de procedimientos que se deben observar, para la atención de la población afiliada y beneficiaria en el Régimen de Seguridad Social.
- b) Servir de fuente de información y guía, para los médicos y demás personal que laboran en los servicios de consulta externa del Instituto, a fin de facilitar la atención médica de los derechohabientes.

ARTICULO 2. Conceptos. Para efectos del presente Manual se establecen los siguientes conceptos:

2.1 Generales

- a) **Afiliado.** Es toda persona que presta sus servicios

materiales, intelectuales o de ambos géneros, en virtud de un contrato o relación individual de trabajo, a un patrono declarado formalmente inscrito u obligado a inscribirse formalmente en el Régimen de Seguridad Social, con las excepciones del Acuerdo número 386 de la Junta Directiva. También es afiliado el trabajador del Estado, exceptuando lo especificado en el Acuerdo número 522 de la Junta Directiva.

Asimismo, es afiliado al Régimen de Seguridad Social el asociado a las cooperativas constituidas y los trabajadores asalariados de éstas, de conformidad con lo establecido en el Acuerdo número 463 de la Junta Directiva del Instituto.

También son afiliados los que ocupen cargos de Directores en las Juntas Directivas o Directorios de las entidades descentralizadas, autónomas y semiautónomas y los trabajadores que habiendo solicitado sus patronos seguros facultativos al Instituto, la Gerencia haya dictado el Acuerdo correspondiente;

- b) **Beneficiario.** Es toda persona que por sus vínculos de parentesco calificado, con el afiliado, tiene derecho a prestaciones en los términos preceptuados por los reglamentos vigentes del Instituto;
- c) **Pensionado.** Es toda persona que recibe periódicamente del Instituto, del Estado o de las entidades estatales, descentralizadas, autónomas y semiautónomas, una suma de dinero (pensión) por jubilación, invalidez, viudedad, orfandad o pensión extraordinaria, y que como consecuencia de la extensión de la aplicación del Programa sobre Protección relativa a Invalidez, Vejez y Sobrevivencia, tiene derecho a la asistencia médica en consulta externa y hospitalaria, que brinda el Instituto;
- d) **Asistencia Médica.** Es el conjunto de exámenes, investigaciones, tratamientos, prescripciones, intervenciones médico-quirúrgicas y otras actividades que correspondan a los programas de prestaciones en servicio del Instituto, puestos a disposición del individuo y en consecuencia a la colectividad, los recursos de las ciencias médicas y otras ciencias afines que sean necesarias para promover, conservar, mejorar o restaurar el estado de salud, prevenir específicamente las enfermedades y mantener y restablecer la capacidad de trabajo de la población;
- e) **Consulta Externa.** Atención médica que se brinda a los afiliados, beneficiarios con derecho y pensionados, cuyas afecciones o padecimientos no requieren de hospitalización; y,
- f) **Emergencia.** Se consideran casos de emergencia las enfermedades y accidentes con manifestaciones alarmantes o violentas y los agravamientos súbitos de enfermos en tratamiento que requieran atención médica y/o quirúrgica de inmediato. (Artículos 62, 63 y 65 del Acuerdo número 466 de la Junta Directiva).

2.2 Específicos

- a) **Paciente Nuevo.** Es el afiliado, beneficiario o pensionado, que solicita atención médica por primera vez en consulta externa;
 - b) **Primera Consulta.** Es la primera atención médica que se otorga a un afiliado, beneficiario o pensionado, por cada nueva enfermedad, maternidad o accidente, con expediente registrado en la Unidad Médica;
 - c) **Reconsulta.** Atención médica que se suministra a un afiliado, beneficiario o pensionado, a quien se le ha otorgado una primera consulta y quien es citado por el médico para control;
 - d) **Cita Diferida.** Consulta que se asigna al paciente en fecha posterior al día que solicita la atención médica;
 - e) **Cita Escalonada.** Es la consulta que se fija para una fecha y hora determinadas;
 - f) **Consulta Extemporánea.** Es la asistencia médica que se presta sin previo turno y con tratamiento anterior por la misma o distinta enfermedad.
- También se produce por reconsulta en fecha previa a la fijada;
- g) **Interconsulta.** Atención que suministra una clínica de especialidades a un afiliado, beneficiario o pensionado, que sea referido por el médico tratante de la clínica de adscripción de la misma Unidad Médica; y,
 - h) **Faltista.** Es el paciente que no se presenta a su cita en la fecha y hora asignadas.

CAPITULO II

CERTIFICADO DE TRABAJO

ARTICULO 3. El Certificado de Trabajo es el documento que contiene la información que acredita el derecho de los afiliados y beneficiarios para recibir las prestaciones que establecen los Programas de Seguridad Social sobre Protección relativa a Accidentes en General y a Enfermedad y Maternidad.

Los Certificados de Trabajo sólo serán extendidos en los formularios impresos que para el efecto entregue el Instituto.

ARTICULO 4. Las Unidades Médicas, por medio de las Oficinas de Admisión de la Sección de Registros Médicos y Secretaría de las Unidades Médicas Departamentales, deben exigir a quienes acudan a solicitar atención médica, la presentación de documentos de identificación personal, carnet de

afiliación y Certificado de Trabajo en original y copia, siendo este último documento el que acredita la calidad de afiliado. Estos requisitos deben ser cumplidos al momento de solicitarse la primera atención médica y por cada caso nuevo, ya sea por el propio afiliado o sus beneficiarios con derecho.

ARTICULO 5. El pensionado que requiera atención médica del Instituto, debe solicitar su inscripción a la Oficina de Registro de Pensionados del Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (CAMIP) en el Departamento de Guatemala, y cuando se trate de casos departamentales en las Delegaciones y Cajas Departamentales, para lo cual deberá cumplir con los requisitos específicos que se exigen en el Manual de Normas y Procedimientos para la Calificación de Derechos, Registro e Inscripción de Pensionados (Acuerdo número 5-87 de la Gerencia).

CAPITULO III

PROCEDIMIENTOS DE ADMISION EN CONSULTA EXTERNA

ARTICULO 6. Las prestaciones en servicio de los Programas de Enfermedad, Maternidad y Accidentes en General, se proporcionan exclusivamente dentro del territorio nacional, en hospitales, consultorios y otras Unidades Médicas propias del Instituto, por medio de su cuerpo médico y el respectivo personal técnico y auxiliar, o en los servicios que al efecto contrate.

ARTICULO 7. El Instituto, como una extensión del Programa de Invalidez, Vejez y Sobrevivencia, proporcionará la asistencia médica a los pensionados de conformidad con los Reglamentos sobre Protección relativa a Accidentes en General y a Enfermedad y Maternidad y a las modalidades que presenta el Acuerdo número 737 de la Junta Directiva, que contiene el Reglamento de Atención Médica Integral a Pensionados.

ARTICULO 8. Para otorgar la atención médica en las Clínicas de Consulta Externa, se observará el siguiente procedimiento de admisión:

- a) Presentación del Certificado de Trabajo, carnet de afiliación y documento de identificación personal;
- b) Las Oficinas de Admisión y las Secretarías de las Unidades Médicas Departamentales, previo análisis de los documentos mencionados y satisfechos todos los requisitos que acrediten la condición de afiliado o beneficiario con derecho, dispondrán la apertura del expediente médico y adscripción a determinada clínica;
- c) La Secretaría de la clínica a la que fue adscrito el caso, determinará el turno con el médico tratante;
- d) El médico tratante en la primera consulta llenará los formularios del expediente médico, y si el paciente requiere de otras consultas, la Secretaría le asignará fecha y hora para cita posterior en el formulario correspondiente;
- e) En las reconsultas, el paciente se presentará directamente a

la clínica a que fue adscrito, sin necesidad de pasar por la Oficina de Admisión; y,

- f) Si el paciente no se presenta a su cita la Secretaría le fijará otra, siempre que la inasistencia no exceda de siete días de la fecha asignada. (Ver Artículo 46 de este Manual).

ARTICULO 9. El afiliado o beneficiario con derecho, en toda primera atención médica de cada nueva enfermedad, se presentará a la Oficina de Admisión para cumplir con el procedimiento indicado en el Artículo 8 de este Manual, de donde preferentemente será referido a la clínica en donde está adscrito.

ARTICULO 10. El médico tratante al atender al paciente procederá así:

- a) Llenará la historia clínica, practicará el examen y anotará los hallazgos e impresión clínica; ordenando los exámenes complementarios que considere indispensables;
- b) Prescribirá el tratamiento higiénico, dietético y médico-quirúrgico, en los casos que sea indicado;
- c) Anotará la evolución del caso en las reconsultas;
- d) Al disponer de todos los exámenes clínicos complementarios, anotará su diagnóstico presuntivo o definitivo, según el caso;
- e) Solicitará la interconsulta de médicos especialistas, si ello fuere indicado;
- f) Si el paciente necesitare hospitalización, lo trasladará a la Unidad Médica de Encamamiento, llenando el formulario respectivo;
- g) Las prescripciones de medicamentos y de exámenes complementarios, serán ordenados y firmados únicamente por el médico, en los formularios instituidos; y,
- h) Si el afiliado amerita suspensión de labores extenderá el Certificado de Incapacidad Temporal y Aviso de Suspensión de Trabajo.

ARTICULO 11. El médico tratante al solicitar la interconsulta de médico especialista, llenará el Formulario DGSMH-4 "Hoja de Evolución y Ordenes Médicas".

En caso de consultas con especialistas de otras Unidades Médicas, llenará el Formulario DGSMH-12 "Hoja de Consulta a otras Unidades y Especialistas".

ARTICULO 12. El médico especialista efectuará el examen, consignará los datos clínicos, diagnóstico y tratamiento correspondiente en el mismo Formulario DGSMH-12. El tratamiento será efectuado y controlado por el médico tratante.

ARTICULO 13. Cuando el caso esté plenamente justificado, el médico especialista se hará cargo del paciente, ordenando las reconsultas y el tratamiento que juzgue necesario. La Secretaría de la Clínica de la especialidad correspondiente fijará para reconsultas la fecha y hora.

ARTICULO 14. Los médicos especialistas están autorizados para ordenar los exámenes complementarios, de laboratorio, radiodiagnóstico y de investigaciones, que el paciente necesitare.

ARTICULO 15. El médico tratante al prescribir tratamiento hipodérmico y/o venoclisis ordenará por escrito al servicio correspondiente, que los efectúe, llenando el Formulario DGSMH-47 "Orden de Hipodermia".

ARTICULO 16. El médico tratante cuando el caso lo amerite, solicitará la intervención de médicos especialistas ajenos a la Institución, cuando ésta no contare con especialistas propios o cuando éstos lo solicitaren razonadamente. El Director o Jefe de la Unidad Médica tramitará dicha solicitud a la Dirección General de Servicios Médico Hospitalarios, para ser autorizada, requisito sin el cual no será válida ninguna intervención médica de este tipo.

La Dirección General de Servicios Médico Hospitalarios podrá delegar en el Director o Jefe de la Unidad Médica respectiva, la facultad de autorizar la intervención de médicos especialistas ajenos a la Institución, atendiendo a la urgencia del caso. (Artículos 26 al 35 del Acuerdo 466 de la Junta Directiva).

ARTICULO 17. Los médicos de consulta externa, desarrollarán actividades de promoción de la salud, prevención de las enfermedades, conservación y recuperación de la salud, según programas a nivel institucional.

ARTICULO 18. Se considera la asistencia odontológica como una asistencia especializada que se proporciona en consulta externa y comprende: Exámenes de la boca y regiones anexas, extracciones, obturaciones exceptuando las de metales preciosos, profilaxis y tratamientos de conductos radiculares, así como pulputomías en dientes anteriores o en piezas monoradiculares superiores e inferiores. También se tratarán los casos de patología oral incluyendo disfunción y trastornos de articulación temporomandibular, en los cuales el Odontólogo tratante tiene obligación de hacer las consultas médicas necesarias, orientando al paciente sobre el procedimiento administrativo necesario para que sea tratado su caso en la Institución o fuera de ella y hacer un seguimiento completo del mismo hasta la conclusión del tratamiento.

Se excluyen las prótesis dentales y los casos que requieran rehabilitación oral; sin embargo, se otorgará prótesis dental en caso de accidente con lesiones de la boca disponiéndose en el Normativo correspondiente de varias opciones de las mismas, de acuerdo con cada caso, no debiendo usarse únicamente las más onerosas para la Institución.

ARTICULO 19. Para otorgar la asistencia odontológica, el afiliado o beneficiario con derecho deberá previamente tener expediente médico abierto y adscripción a determinada clínica, de donde se referirá al Servicio Odontológico, debiendo el médico tratante anotar en la "Hoja de Evolución y Ordenes Médicas", lo conducente. El Formulario DGSMH-10 "Asistencia Odontológica", deberá ser agregado al expediente médico del paciente.

ARTICULO 20. Si el paciente se presenta con una emergencia odontológica y tuviere expediente médico iniciado, será trasladado directamente a la Clínica Odontológica, sin pasar por la Clínica de Consulta Externa. En estos casos, el Odontólogo se limitará al tratamiento de la emergencia.

Si el paciente no tuviere expediente médico abierto en la Oficina de Admisión lo enviará a la Clínica Odontológica donde se le prestará la asistencia de emergencia.

ARTICULO 21. Los expedientes médicos deben estar bajo la guarda y custodia en los archivos clínicos de las Unidades Médicas, bajo la responsabilidad de Registros Médicos y Admisión.

CAPITULO IV

EXAMEN MEDICO PROGRAMADO

ARTICULO 22. El Médico de Consulta Externa en la primera consulta del afiliado o beneficiario al Instituto, en lo que se refiere a accidentes y enfermedad común, llenará los formularios siguientes que integran el expediente médico:

- Hoja Frontal de Consulta Externa.
- Historia Clínica y Examen Físico.
- Hoja de Evolución y Ordenes Médicas; y,
- Otros que fueren necesarios.

Asimismo para efectos estadísticos, el médico completará los datos del Formulario DGSMH-44 "Registro de Datos en Consulta Externa y Emergencia". En caso de pacientes no citados pero atendidos, será el médico el que registre todos los datos que integran este Formulario.

ARTICULO 23. El médico de Consulta Externa en la primera consulta del afiliado o beneficiario en caso de maternidad o de control de niños, llenará los formularios siguientes del expediente médico.

a) Maternidad

- Anamnesis y Examen Físico.
- Control Prenatal.
- Monitorización del Embarazo
- Hoja de Evolución y Ordenes Médicas.
- Exámenes de Laboratorio.
- Solicitud de Examen Citológico.
- Hoja de Control de Medicamentos.
- Resumen Obstétrico.

- Informe de Nacimiento.

b) Control de Niños

- Hoja de Codificación del Recién Nacido.
- Gráfica de Signos Vitales.
- Hoja de Evolución y Ordenes Médicas.
- Hoja de Enfermería.

ARTICULO 24. El Médico de la Clínica de Adscripción, llenará el Formulario DGSMH-3 "Historia Clínica y Examen Físico", después de haber interrogado y examinado al paciente. El renglón de antecedentes debe ser lo más completo posible, por ser datos que se obtienen por primera vez.

ARTICULO 25. En el formulario DGSMH-4 "Hoja de Evolución y Ordenes Médicas", el médico anotará los antecedentes, situación, evolución, diagnóstico y pronóstico del estado del paciente, indicando si suspende o no labores en casos de afiliados, la cita precisa de próxima reconsulta -si fuere necesario- y ordenando las prescripciones medicamentosas, higiénicas y dietéticas que correspondan. Estas anotaciones deben hacerse con letra clara, registrando la fecha y hora en que se atiende al paciente, con la firma, número de colegiatura y sello del médico tratante.

ARTICULO 26. Si el paciente necesita exámenes radiológicos, el médico los solicitará en el Formulario DGSMH-23 "Orden e Informe Radiológico".

ARTICULO 27. Si es necesario practicar exámenes de laboratorio, el médico los ordenará por medio de la "Solicitud e Informe de Laboratorio Clínico" que corresponda. Se emitirá una orden por cada examen que se necesite y que sean estrictamente necesarios para la atención adecuada del paciente.

ARTICULO 28. El Médico tratante explicará al paciente, el resultado de sus exámenes y le dará las indicaciones precisas y prácticas para mantener una adecuada salud, asimismo lo orientará respecto a los medios diagnósticos auxiliares que utilizará cuando sea necesario, y sobre el uso adecuado de los medicamentos recetados.

ARTICULO 29. Cuando el Médico de Consulta Externa lo considere conveniente, puede dar una cita programada por la misma enfermedad. Para el efecto deberá controlar el número de reconsultas que vaya indicando en el Formulario DGSMH-48 "Guía de Reconsultas", el cual debe observar una estricta relación con la "Agenda de Consultas", Formulario DGSMH-42, que lleva la Secretaria Recepcionista de la Clínica, de manera que la fecha fijada por el médico es la específica, a la cual cada Secretaria puede asignarle la hora. De acuerdo con la disponibilidad de tiempo que tenga el médico, debe dejar siempre lugar para proporcionar consulta extemporánea.

ARTICULO 30. En los casos de interconsulta con Médico Especialista de la misma Unidad Médica, el Médico de la Clínica de Adscripción le pedirá razonadamente en el Formulario DGSMH-4 "Hoja de Evolución y Ordenes Médicas". En caso de consulta a otras Unidades Médicas, llenará el Formulario DGSMH-12 "Hoja de Consulta a otras Unidades y Especialistas".

ARTICULO 31. Todo traslado de pacientes de una Unidad Médica a

otra, deberá hacerse llenando correctamente la Forma DGSMH-12-A "Hoja de Traslado de Enfermos", que tiene por objeto transferir al paciente de una Unidad Médica a otra para continuar tratamiento, según prescripción médica, teniendo el cuidado especial de efectuarlo exactamente a donde corresponda, debido a que este Formulario origina la emisión del "Informe sobre Traslados y Reingresos", Formulario DGSMH-57, que es la documentación que se envía a la Oficina Subsidiaria de Prestaciones, para el pago de subsidios cuando sea necesario.

CAPITULO V

PRESCRIPCION DE MEDICINAS

*** ARTICULO 32.** La asistencia farmacéutica será otorgada por el Instituto en sus farmacias o en las que para el efecto tenga contratadas. (Artículo 82, Acuerdo 466 de la Junta Directiva).

*** ARTICULO 33.** El Médico pondrá especial cuidado en la determinación de la cantidad de medicamentos que prescriba, tomando en cuenta la evolución y la duración probable de la enfermedad, los ya administrados, el período de eficacia de los mismos y la necesidad de evitar consumos innecesarios, dando al paciente o a los familiares de éste las indicaciones sobre la forma de su empleo o administración.

*** ARTICULO 34.** Los médicos tratantes deben sujetarse a los medicamentos y unidades de despacho establecidos en las Listas Básicas de Medicamentos autorizados en el Instituto. En casos calificados podrán prescribir medicamentos no indicados en éstas, previa autorización del Director Ejecutivo o Médico Jefe de la Unidad respectiva, sujeto a las responsabilidades que determinen auditorías posteriores.

En casos muy especiales los Médicos Tratantes podrán prescribir medicamentos en Unidades de Despacho que sobrepasen las fijadas en las listas, para cuyo efecto se requerirá, en cada oportunidad, la autorización del Director Ejecutivo o Médico Jefe de la Unidad de que se trate -siempre por delegación expresa que haga la Dirección General de Servicios Médico Hospitalarios- y que el formulario de recetas sea debidamente razonado.

ARTICULO 35. El Médico tratante deberá registrar en la Dirección Ejecutiva o Jefatura de su Unidad, su nombre completo, número de colegiatura, firma y sello profesional individual, para hacer uso del recetario oficial del Instituto (Formulario DGSMH-46). Los Talonarios de recetas que se entreguen a los médicos, serán de uso estrictamente personal y para ser utilizados en las labores propias del cargo que ocupan en la Institución. No deberán usarse dos talonarios de recetas simultáneamente, o sea que debe concluirse uno para iniciar el otro.

ARTICULO 36. El Médico Tratante para la prescripción de medicamentos, especialidades farmacéuticas o fórmulas magistrales, deberá usar el Formulario DGSMH-46 "Recetarios", usando una hoja por cada prescripción y llenándolo de la manera siguiente:

- a) Fecha en que es emitida;
- b) Número de afiliación del paciente con derecho, cantidad

recetada y número de Código del Medicamento. Si el medicamento o artículo no estuviere codificado, se anotará "s/c";

- c) Apellidos y nombres del paciente;
- d) Anotar el nombre genérico del producto prescrito, cantidad recetada en letras y forma de administración; y,
- e) Firma autógrafa del Médico Tratante que la emite, sello profesional del médico, que contenga número de colegiatura y el sello específico de la clínica o servicio de la Unidad.

ARTICULO 37. Las farmacias del Instituto o las que contrate éste solamente despacharán medicamentos prescritos por médicos tratantes que laboran en el mismo. La receta deberá escribirse con tinta o bolígrafo, sin alteraciones, borrones, enmiendas, tachaduras o mutilaciones. En caso de error, ésta deberá ser anulada por el médico tratante y devuelta a la administración de la unidad para su control y descargo oportuno con la intervención del Departamento de Auditoría Interna.

ARTICULO 38. El médico tratante llenará la receta en el preciso momento en que atienda al paciente y en el Formulario DGSMH-4 "Hoja de Evolución y Ordenes Médicas", anotará el número de la receta a la par de la prescripción del medicamento.

ARTICULO 39. El médico tratante no debe mantener en su clínica recetas parcialmente llenas en espera de datos complementarios y se abstendrá de firmar y sellar en serie las que componen un talonario, para asegurarse del uso adecuado de las mismas.

ARTICULO 40. El médico tratante será responsable del manejo, guarda y custodia de los formularios de recetas que se le entreguen y responderá ante el Instituto del mal uso en caso de descuido o extravío de los formularios, sin perjuicio de las sanciones legales que procedan.

ARTICULO 41. Cuando por algún motivo no exista en la farmacia el medicamento recetado, deberá comunicarse al médico tratante en horas hábiles de su consulta, quien considerará la posibilidad de extender una nueva receta con otro medicamento.

ARTICULO 42. Todos los médicos al servicio del Instituto deben cumplir con las disposiciones siguientes:

- a) Se prohíbe que se autoreceten medicamentos, función que es específica de la Clínica de Personal o de facultativos autorizados para el tratamiento de los laborantes de la entidad;
- b) Para el uso del recetario del Instituto, emplearán su sello profesional personal, el cual deberá ser adquirido a su propia costa, conteniendo nombre y número de colegiatura; y,
- c) Devolver al Administrador o Encargado Administrativo de la Unidad, los formularios de recetas no utilizados cuando termine su relación laboral con el Instituto o sea trasladado

a otra Unidad, para efectos de su control en el Libro de cuenta corriente de talonarios de recetas. (Artículos 1, 7, 8 al 13, 16 y 20 del Acuerdo 10-85 de la Gerencia).

CAPITULO VI

INCAPACIDAD TEMPORAL Y CASO CONCLUIDO

ARTICULO 43. Incapacidad Temporal es el lapso durante el cual el trabajador afiliado requiere y recibe tratamiento médico o asistencia hospitalaria por accidente, enfermedad o maternidad y que lo imposibilita para desempeñar sus labores.

La incapacidad temporal se inicia con la declaratoria del médico tratante del Instituto, a través del Certificado de Trabajo de Incapacidad Temporal y termina con la aptitud del afiliado para reanudar su trabajo.

ARTICULO 44. El Instituto concede subsidio en dinero al afiliado cuando la enfermedad, maternidad o accidente cause incapacidad temporal para el trabajo.

El médico tratante debe tomar en cuenta que el subsidio en dinero por enfermedad, maternidad o accidentes está destinado para los casos en que exista la incapacidad completa para el trabajo, que traiga como consecuencia la suspensión del salario. Por consiguiente, para extender el Certificado de Incapacidad Temporal, debe considerar los factores siguientes:

- a) Que exista impedimento físico o psíquico para desempeñar el trabajo actual o regular del afiliado;
- b) La necesidad o conveniencia del reposo o abstención del trabajo, como parte del tratamiento médico; y,
- c) La posibilidad de prevenir la invalidez.

ARTICULO 45. El Formulario DGSMH-53 "Certificado de Incapacidad Temporal", debe ser llenado en original y copia por las Secretarías Recepcionistas -o quienes hagan sus veces- de la unidad Médica que proporcione atención al afiliado, de conformidad con las instrucciones que reciban a través del Formulario DGSMH-4 "Hoja de Evolución y Ordenes Médicas" firmado por el Médico tratante del Instituto, cada vez que se disponga la suspensión de labores del trabajador.

ARTICULO 46. La vigencia del Certificado de Incapacidad Temporal se interrumpe:

- a) Con la declaratoria del Médico del Instituto de que el afiliado está apto para el trabajo;
- b) Con la inasistencia del afiliado a las citas fijadas por el Médico tratante, salvo que demuestre -a satisfacción del Instituto- la existencia dentro de las limitaciones del Artículo 70 del Acuerdo 468 de la Junta Directiva; o,

c) Con la finalización del caso.

Si la inasistencia del afiliado excede el período de siete días, se procederá a elaborar el Informe sobre Caso Concluido (Dictamen Final) y a tramitarlo de conformidad con las instrucciones que existen para emitir este Formulario.

ARTICULO 47. El Formulario DGSMH-172 "Informe sobre Caso Concluido (Dictamen Final)", es el documento con el que se cierra formalmente un caso de accidente o enfermedad. Este Formulario debe ser elaborado en original y dos copias por las Secretarías Recepcionistas o quienes hagan sus veces, de acuerdo con las instrucciones que reciban del médico tratante, por medio de la "Hoja de Evolución y Ordenes Médicas" Formulario DGSMH-4, el cual debe ser firmado por el médico que dé por finalizado el tratamiento del afiliado. (Acuerdo 1384 de la Gerencia).

ARTICULO 48. El derecho del afiliado o beneficiario a las prestaciones en dinero y en servicio, así como el derecho del pensionado a la asistencia médica, se suspende en los casos siguientes:

- a) Si rehusa someterse a los exámenes y tratamiento médico que el Instituto le ordene, incluyendo los de rehabilitación o, en general, si no cumple las instrucciones médicas que reciba;
- b) Si rehusa la hospitalización cuando ésta proceda a juicio del médico del Instituto;
- c) Si observa conducta antisocial durante el tratamiento médico; y,
- d) Si no facilitare los datos necesarios para su identificación.

Las prestaciones se reanudarán cuando cese la causa de la suspensión.

ARTICULO 49. La asistencia médica termina por pérdida o extinción del derecho a recibir pensionamiento, salvo que el pensionado se encuentre en tratamiento en estado de emergencia, en cuyo caso se continuará tratando hasta que termine dicho estado. (Artículos 15 y 16 del Acuerdo 4-87 de la Gerencia).

CAPITULO VII

DEBERES Y OBLIGACIONES

ARTICULO 50. Son deberes y obligaciones del personal médico que labora en Unidades de Consulta Externa, las siguientes:

- a) Ser responsable de sus acciones y actuaciones dentro del Instituto, debiendo observar orden, disciplina, espíritu de servicio y demás virtudes inherentes al correcto ejercicio de la profesión médica;
- b) Cumplir estrictamente con los reglamentos, normas y procedi-

mientos técnicos, científicos y administrativos vigentes en el Instituto, para mantener la más alta calidad en la prestación de los servicios médicos;

- c) Emplear tratamientos que a la vez de eficientes y económicos permitan el pronto retorno al trabajo de los afiliados al Instituto, tanto para evitar la pérdida de días laborales como para conservar los costos del régimen de seguridad social al nivel más bajo posible;
- d) Actuar de acuerdo con las normas científicas más aceptadas que regulen sus respectivas especialidades y funciones, así como con plena comprensión del sentido social que inspira a las actividades del Instituto;
- e) Velar por los cuidados que se presten a los pacientes bajo su responsabilidad y exigir el mismo comportamiento al personal que dirige; y,
- f) Permanecer en el sitio específico del desempeño de sus labores por el tiempo que fuere contratado, atendiendo directamente a los pacientes bajo su responsabilidad.

ARTICULO 51. El Médico que labore en Consulta Externa deberá atender por hora de trabajo y de acuerdo con la cuota fisiológica establecida en el Instituto, a un (1) paciente nuevo, tres (3) reconsultas y una (1) consulta extemporánea. El Médico Especialista atenderá, por hora de trabajo a dos (2) pacientes nuevos y dos (2) reconsultas y/o consulta extemporánea.

La cuota diaria de pacientes que deberán ser atendidos en las clínicas odontológicas durante la jornada de trabajo, es la siguiente:

- a) **Clínicas Generales:** pacientes citados 14, pacientes no citados y que se presenten en calidad de pacientes nuevos, extemporáneos o emergencias 5, total 19.
- b) **Clínicas de Accidentes:** pacientes citados 10, pacientes no citados y que se presenten por emergencia 3, total 13.

En las especialidades médicas de las ciencias de la conducta y rehabilitación, serán los Directores de Unidades Médicas los que determinen las cuotas fisiológicas correspondientes.

ARTICULO 52. El Instituto observando apego estricto a los procedimientos legales, contractuales y reglamentarios deberá ejercer acciones para deducir responsabilidades en las faltas en que haya incurrido el Médico en el ejercicio de sus funciones o desempeño de su cargo tanto en materia laboral como administrativa.

ARTICULO 53. Los Jefes inmediatos tendrán obligación de supervisar directa y continuamente las acciones de los Médicos bajo su mando y serán solidariamente responsables de las faltas que éstos cometan en su área de trabajo.

ARTICULO 54. Todos los miembros del personal médico que laboran

en Consulta Externa en las distintas Unidades de atención del Instituto, quedan sujetos a lo establecido en el "Reglamento sobre Control de la Puntualidad y Asistencia al Trabajo del Personal al Servicio del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social", según Acuerdo No. 153 de la Junta Directiva.

ARTICULO 55. Las faltas cometidas por los Médicos al servicio del Instituto serán sancionadas con medidas disciplinarias según la gravedad de la infracción y de conformidad con lo establecido en el "Reglamento del Personal al Servicio del Instituto" (Acuerdo No. 15 de la Junta Directiva).

ARTICULO 56. El presente Manual tiene como fundamento legal, los Reglamentos de la Junta Directiva contenidos en los Acuerdos Nos. 15, 410, 466, 468, 473, 737 y 738 e Instructivos de la Gerencia que aparecen en los Acuerdos Nos. 1381, 1394, 1398, 1834, 10-85, 3-87, 4-87 y 5-87, los cuales podrán ser consultados para tener un conocimiento más amplio y completo de las disposiciones de este Manual.

CAPITULO VIII

DISPOSICIONES FINALES

ARTICULO 57. Las reformas o modificaciones de este Manual, corresponden a la Gerencia del Instituto.

ARTICULO 58. Cualquier problema de interpretación y/o aplicación del presente Manual, será resuelto por la Subgerencia de Administración de Prestaciones.

ARTICULO 59. El presente Acuerdo entra en vigor a partir de la presente fecha.

Dado en la Gerencia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social a los veintinueve días del mes de noviembre de mil novecientos ochenta y nueve.

HAGASE SABER:

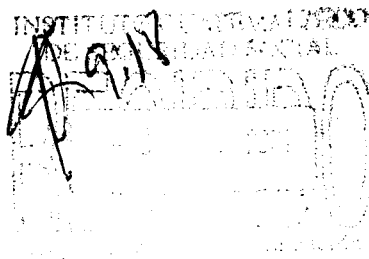
Dr. CELSO DAVID CEREZO MULET
Gerente

al ded



Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Ciudad de Guatemala, C. A.



ACUERDO No. 08/2001

EL GERENTE DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL

CONSIDERANDO:

Que Junta Directiva luego de conocer la Lista Básica de Medicamentos 2,000 propuesta y tomando en cuenta lo manifestado por los señores Directores, RESOLVIÓ, devolver a la Administración la propuesta a efecto de que fuera revisada, optimizando los diferentes niveles de acceso para prescripción.

Que uno de los objetivos del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, es proporcionar a los afiliados y beneficiarios con derecho, los medicamentos establecidos en la Lista Básica, lo que hace necesario modificar los artículos 33 y 34 del Acuerdo 30-89 de Gerencia para una adecuada aplicación de la reglamentación vigente.

POR TANTO:

En uso de las facultades que le confiere el artículo 15 del Decreto No. 295 del Congreso de la República.

ACUERDA:

Modificar los artículos 33 y 34 del Acuerdo de Gerencia No. 30-89 de fecha 29 de noviembre de 1989, MANUAL DE NORMAS MÉDICO-ADMINISTRATIVAS EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN CONSULTA EXTERNA, los cuales quedan en la forma siguiente:

ARTÍCULO 1. Se modifica el artículo 33, el cual queda así:

"ARTÍCULO 33. Los Médicos y Odontólogos al servicio del Instituto, pondrán especial cuidado en prescribir los medicamentos ajustándose a la unidad de despacho que establezca la Lista Básica de Medicamentos, tomando en consideración la evolución, duración probable de la enfermedad, los productos ya administrados y el período de eficacia de los mismos a efecto de evitar consumos innecesarios. Las indicaciones sobre forma de empleo o administración de cada medicamento estarán contenidas en la receta respectiva, la cual se entregará al paciente".





65

2

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Ciudad de Guatemala, C. A.

ACUERDO No. 08/2001

ARTÍCULO 2. Se modifica el artículo 34, el cual queda así:

"ARTÍCULO 34. Los Médicos y Odontólogos deben sujetarse a prescribir los medicamentos y unidades de despacho establecidos en la Lista Básica de Medicamentos autorizada por la Junta Directiva del Instituto. Se exceptúa de la disposición relativa a la unidad de despacho, los casos de pacientes crónicos a quienes de acuerdo a criterio facultativo, podrán prescribirles medicamentos en unidades de despacho que sobrepasen las fijadas en la Lista Básica de Medicamentos, previa autorización del Director Médico de la Unidad respectiva. Esta facultad estará sujeta a posterior revisión del Departamento de Auditoría Interna".

ARTÍCULO 3. El presente Acuerdo entra en vigor a partir de la fecha de su emisión.

Dado en la Ciudad de Guatemala, a los veintitrés días del mes de febrero de dos mil uno.

HÁGASE SABER:

Lic. JOSE ENRIQUE URRUTIA IPINA
Gerente

