

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
DIVISIÓN DE POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DE SALUD
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD
SECCIÓN REGULACIÓN TÉCNICA EN SALUD



**INSTITUTO
SALVADOREÑO
DEL SEGURO
SOCIAL**

**LINEAMIENTOS PLAN 100:
AMPLIACIÓN DE HORARIOS DE
SERVICIOS MÉDICOS EN EL ISSS.**

SEPTIEMBRE - 2019

Presentación

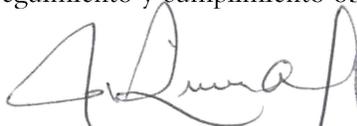


El Instituto Salvadoreño del Seguro Social en su política de modernización y desarrollo institucional ha promovido reformas técnicas y administrativas orientadas al cumplimiento de su misión de proveer servicios de calidad a los derechohabientes.

Con la finalidad de regular la calidad de atención, el Consejo Directivo aprobó la creación de la Sección Regulación Técnica en Salud, según acuerdo #2015-0458.ABR. dependencia responsable de la elaboración y actualización de los documentos técnico-normativos en salud del ISSS.

Los presentes “LINEAMIENTOS PLAN 100: AMPLIACIÓN DE HORARIOS DE SERVICIOS MÉDICOS EN EL ISSS, como estrategia institucional para la atención de pacientes de consulta externa general y especializada en horarios no tradicionales, con el fin de asegurar la atención en salud a la población derechohabiente que no tiene oportunidad para realizarlo en horarios tradicionales, permitiendo con esta estrategia mejorar los tiempos de espera, optimizar recursos y brindar atención médica, con el concurso de los servicios de apoyo clínico-diagnóstico. Constituyéndose éste en una herramienta valiosa con que contarán los responsables de los centros atención donde se implemente.

La Dirección, Administración y Jefaturas de los Servicios que prestan dichos servicios, serán los responsables de su divulgación, implantación, seguimiento y cumplimiento obligatorio.


Dr. Herbert Rolando Rivera Alemán
Director General ISSS.

The official circular stamp of the Director General of ISSS is located to the right of the signature. It features the text "INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL" around the top edge, "DIRECTOR GENERAL" in the center, and "1958" at the bottom. The stamp is partially overlaid by the signature.

EQUIPO NORMATIVO:

| Nombre | Procedencia |
|---|--|
| Dr. David Jonathan Hernández Somoza. | Jefe Departamento de Planificación Estratégica de Salud. |
| Dra. José Guillermo Vaquerano Aguilar. | Jefe de Sección Regulación Técnica de Salud. |
| Dr. Gustavo Rolando Cuellar Rodriguez. | Jefe de Sección Atención Primaria de Salud. |
| Dr. Samuel Gerardo Henriquez Olivares. | Colaborador Técnico en Salud II Departamento de Planificación Estratégica de Salud. |
| Dra. Sara Lizet Granadino Escobar. | Colaborador Técnico de Salud II Sección Regulación Técnica de Salud. |
| Dra. Mery Jeannette Cardoza de Parada. | Colaborador Técnico de Salud II Sección Regulación Técnica de Salud. |
| Dra. Carmen María Salazar Amaya. | Colaborador Técnico de Salud II Sección Regulación Técnica de Salud. |
| Dr. Victor Manuel Campos Madrid. | Colaborador Técnico de Salud II Sección Regulación Técnica de Salud. |
| Dr. William Adonay Sosa. | Colaborador Técnico de Salud II Sección Regulación Técnica de Salud. |
| Ing. Luis Asdrúbal Ovando Medrano. | Colaborador Técnico de Salud I Sección Regulación Técnica de Salud. |



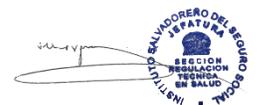
EQUIPOS DE TRABAJO POR PROYECTOS EXTRATÉGICOS:

| PROYECTO | EQUIPO DE TRABAJO |
|---|---|
| - Línea Estratégica 1. Ampliación a 24 horas, 7 días a la semana, de los horarios de emergencia, en 3 centros metropolitanos. | |
| | <ul style="list-style-type: none">- Dra. Lucía L. Díaz, Colaborador Técnico en Salud II. Depto. Monitoreo de Redes Integradas e Integrales de Salud.- Dr. Victor Manuel Campos Madrid, Colaborador Técnico en Salud II, Sección Regulación Técnica en Salud.- Ing. Ricardo A. Trujillo Segovia, Analista Unidad de Desarrollo Institucional. |
| - Línea Estratégica 2. Extensión de la consulta externa de medicina general y familiar, en horarios no tradicionales, en 7 centros de atención a nivel nacional. | |
| | <ul style="list-style-type: none">- Dra. Claudia María Suárez Ramírez, Colaborador Técnico en Salud II. Sección Atención Primaria en Salud.- Dra. Carmen del Pilar Hernández de Durán, Colaborador Técnico en Salud II. Departamento Vigilancia Sanitaria.- Dra. Patricia Flores de Villeda, Colaborador Técnico en Salud II. Depto. Monitoreo de Redes Integradas e Integrales de Salud.- Ing. Pedro Henríquez Chiquillo, Analista de la Unidad de Desarrollo Institucional |
| - Línea Estratégica 3. Acortamiento de citas de especialidades médicas básicas, fortaleciendo la atención de 4 centros de atención. | |
| | <ul style="list-style-type: none">- Dra. Mirian Karina Iraheta de Herrera, Colaborador Técnico en Salud II. Monitoreo de Redes Integradas e Integrales de Salud.- Dra. Sara Lizet Granadino, Colaborador Técnico en Salud II, Sección Regulación Técnica en Salud- Dr. Hector Hernández Hernández, Coordinador Institucional de Ginecología.- Dr. Otto Ivan Meléndez, Coordinador Institucional de Medicina Interna.- Dr. Rafael López Urbina, Coordinador Institucional de Pediatría.- Dr. Carlos Quintanilla, Coordinador Institucional de Cirugía General.- Licda. Reina M. Guerra Flores, Analista de Desarrollo Institucional. |
| - Línea Estratégica 4 y 5. Reducir los tiempos de espera para cirugía electiva y procedimientos diagnósticos y terapéuticos. | |
| | <ul style="list-style-type: none">- Dra. Emilia Gudelia Hernández. Colaborador Técnico en Salud II, Monitoreo de Redes Integradas e Integrales de Salud.- Dr. Otto Iván Meléndez. Coordinador Institucional de Especialidad Médica de Medicina Interna- Dr. Leopoldo Rivera Ticas. Jefe División Evaluación de la Calidad en Salud- Dr. Eli Abraham Rosales. Jefe Depto. de Cirugía Hospital General.- Lic. Ruth Cecibel Recinos Girón. Analista de Desarrollo Institucional-- Dr. Carlos A. Quintanilla Hernández. Coordinador Institucional de Especialidad Médica de Cirugía.- Dra. Sandra E. Cornejo Rodríguez. Coordinador Institucional de Especialidad Médica de Anestesiología.- Dr. Hector Hernández Hernández. Coordinador Institucional de Especialidad Médica de Ginecología.- Lic. Milagro Cecilia Hernández de Nerio. Coordinadora Institucional de Enfermería. |



EQUIPOS DE REVISIÓN.

| Nombre | Procedencia |
|--|---|
| DR. JOSÉ GUILLERMO VAQUERANO. | JEFE SECCIÓN REGULACIÓN TÉCNICA EN SALUD. |
| DR. GUSTAVO R. CUELLAR RODRÍGUEZ. | JEFE SECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. |
| DR. SAMUEL G. HENRÍQUEZ OLIVARES. | COLABORADOR TÉCNICO DE SALUD II, DEPTO. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD |
| DRA. EMILIA GUEDELIA HERNÁNDEZ LAZO. | COLABORADOR TÉCNICO EN SALUD II, DEPTO. MONITOREO DE REDES INTEGRADAS E INTEGRALES DE SALUD (RIIS). |
| DRA. MIRIAN KARINA IRAHETA DE HERRERA. | COLABORADOR TÉCNICO DE SALUD II, DEPTO. MONITOREO DE REDES INTEGRADAS E INTEGRALES DE SALUD (RIIS). |
| DRA. CLAUDIA MARÍA SUÁREZ RAMÍREZ. | COLABORADOR TÉCNICO DE SALUD II. SECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. |
| DRA. LUCÍA L. DÍAZ DE SALINAS. | COLABORADOR TÉCNICO EN SALUD II. DEPTO. MONITOREO DE REDES INTEGRADAS E INTEGRALES DE SALUD (RIIS). |
| DRA. MERY CARDOZA DE PARADA. | COLABORADOR TÉCNICO EN SALUD II, SECCIÓN REGULACIÓN TÉCNICA DE SALUD. |
| DR. VICTOR MANUEL CAMPOS MADRID. | COLABORADOR TÉCNICO EN SALUD II, SECCIÓN REGULACIÓN TÉCNICA DE SALUD. |



EQUIPO VALIDACIÓN.

| Nombre | Procedencia |
|--|---|
| DRA. ANA JAZMIN AGUILAR MALTEZ. | DIRECTORA CONSULTORIO DE ESPECIALIDADES. |
| DRA. DEBORA SUSANA PALMA QUINTANA. | DIRECTORA HOSPITAL AMATEPEC |
| DRA. CAROLINA GUADALUPE LINARES DE LÓPEZ | DIRECTORA UNIDAD MÉDICA APOPA. |
| DRA. MAGDALENA ODETTE ESCALANTE. | DIRECTORA UNIDAD MÉDICA SANTA TECLA. |
| DR. JOSÉ MARVIN ALEXIS MORENO MARIONA. | DIRECTOR HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1°. DE MAYO |
| DR. SAMUEL HUMBERTO LEIVA JOYA | DIRECTOR HOSPITALPOLICLÍNICO ZACAMIL. |
| DR. LUIS ROLANDO SERMEÑO PINEDA. | DIRECTOR HOSPITAL GENERAL. |
| DR. MIGUEL RAFAEL BATRES ROMERO. | DIRECTOR HOSPITAL REGIONAL SANTA ANA. |
| DR. GUILLERMO ARTURO CANALES TABLAS. | DIRECTOR HOSPITAL REGIONAL SONSONATE. |
| DR. MARVIN ERNESTO HUEZO CERNA. | DIRECTOR UNIDAD MÉDICA SOYAPANGO. |
| DR. JOSÉ WILLIAM VALIENTE SOLIS. | DIRECTOR UNIDAD MÉDICA QUEZALTEPEQUE. |
| DR. ISMAEL ANTONIO GÚZMAN LARIOS. | DIRECTOR UNIDAD MÉDICA ILOPANGO. |
| DRA. GRISELDA HERNÁNDEZ DE GÓMEZ. | GERENTE SERV. MÉDICOS HOSPITAL PLICL. ZACAMIL |
| DR. RAFAEL VALENCIA MENÉNDEZ | JEFE CONSULTA EXTERNA HOSPITAL POLIC. ZACAMIL |
| DRA. PAOLA MARGARITA RUGAMAS DE ARÉVALO. | MÉDICO DE FAMILIA UNIDAD MÉDICA SANTA ANA. |
| DR. RAFAEL MARÍN AGUILAR AQUINO. | COORD. DE PEDIATRÍA UNIDAD MÉDICA SANTA TECLA. |
| DR. CARLOS ERNESTO MOLINA. | MÉDICO CIRUJANO UNIDAD MÉDICA SANTA ANA. |
| LICDA. MARTA ROSALINDA ALFARO. | JEFE ADM. Y REG. MÉDICOS HOSPITAL POLIC. ZACAMIL |
| DRA. EMILIA GUEDELIA HERNÁNDEZ LAZO. | COORDINADORA DE HOSPITALES Y POLICLÍNICOS. |
| DRA. CLAUDIA M. SUÁREZ RAMIREZ. | COLABORADOR TÉCNICO DE SALUD II, SECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. |
| DR. SAMUEL G. HENRIQUEZ OLIVARES. | COLABORADOR TÉCNICO DE SALUD II, DEPTO. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD |



Tabla de contenido

| | | |
|-------|---|----|
| A. | MARCO LEGAL | 1 |
| B. | LEX ARTIS | 4 |
| C. | INTRODUCCIÓN | 5 |
| D. | OBJETIVOS..... | 6 |
| E. | CAMPO DE APLICACIÓN | 6 |
| I. | ASPECTOS GENERALES..... | 7 |
| II. | APERTURA O AMPLIACIÓN DE ÁREAS DE EMERGENCIAS 24/7 (LÍNEA ESTRATÉGICA 1). | 8 |
| III. | APERTURA DE CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA GENERAL Y FAMILIAR EN HORARIOS NO TRADICIONALES (LINEA ESTRATEGICA 2)..... | 9 |
| IV. | ACORTAMIENTO DE CITAS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS BASICAS (LÍNEA ESTRATÉGICA 3). | 10 |
| V. | CIRUGÍAS ELECTIVAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPEÚTICOS (LÍNEA ESTRATÉGICA 4 Y 5)..... | 11 |
| VI. | UNIDADES VALORATIVAS | 18 |
| VII. | CLASIFICACIÓN DE RIESGO. | 19 |
| VIII. | PLAN DE GESTIÓN DE AGENDAS MÉDICAS | 22 |
| IX. | GESTIÓN DEL PLAN 100. | 23 |
| X. | RESPONSABILIDADES DE PROFESIONALES DE LA SALUD..... | 24 |
| XI. | INDICADORES. | 30 |
| | OBSERVANCIA..... | 32 |
| | INFRACCIONES Y SANCIONES..... | 32 |
| | DISPOSICIONES GENERALES..... | 32 |
| | VIGENCIA..... | 32 |
| | OFICIALIZACIÓN:..... | 33 |
| XII. | BIBLIOGRAFÍA..... | 34 |
| XIII. | ANEXOS..... | 35 |



A. MARCO LEGAL.

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DE EL SALVADOR.

Art. 2.- Toda persona tiene derecho a la vida, a la integridad física y moral, a la libertad, a la seguridad, al trabajo, a la propiedad y posesión, y a ser protegida en la conservación y defensa de los mismos. Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.

Art. 65.- La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento. El Estado determinará la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación.

POLÍTICA NACIONAL DE SALUD.

Línea de acción 8.2.- El Sistema Nacional de Salud garantizará el derecho de la población a la atención integral a la salud mediante actividades organizadas en planes y programas orientados de acuerdo a criterios poblacionales, vulnerabilidad, riesgo, morbilidad, mortalidad, solidaridad y equidad.

LEY DEL SEGURO SOCIAL Y REGLAMENTOS DEL REGIMEN GENERAL DE SALUD Y RIESGOS PROFESIONALES.

Art. 18.- Corresponde al Director General:

- a) Estudiar las posibilidades de extensión del Seguro Social en cada uno de sus aspectos;
- b) Cumplir y hacer cumplir esta ley, los reglamentos y los acuerdos del Consejo Directivo;
- c) Preparar los programas de trabajo y hacer los estudios e investigaciones especiales de carácter técnico y administrativo, tanto en lo que se refiere a las cotizaciones como a las prestaciones;
- d) Establecer métodos prácticos para que las prestaciones del Seguro den su mayor rendimiento en calidad y economía;
- e) Dirigir, orientar y coordinar las labores del personal y vigilar su eficiencia;
- f) Evaluar los resultados obtenidos por las diversas dependencias del Instituto;

LEY DE PROTECCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

CAPÍTULO II SALUD, SEGURIDAD SOCIAL Y MEDIO AMBIENTE

Artículo 34.- Derecho a la seguridad social.

Las niñas, niños y adolescentes tienen el derecho de ser inscritos y beneficiarse en forma prioritaria de los servicios de salud provistos por el Instituto Salvadoreño del Seguro Social cuando su madre o padre sea derecho habiente. De igual manera, las otras instituciones públicas que brindan servicios de seguridad social otorgarán la misma cobertura.

La cobertura de los servicios a las niñas, niños y adolescentes, se asumirá y desarrollará de forma progresiva conforme a las leyes correspondientes, atendiendo a las capacidades y hasta el máximo de los recursos disponibles. Dicha progresividad será supervisada por el Consejo Nacional de la Niñez y de la Adolescencia.



En caso de no ser beneficiarios, deberán ser atendidos cuando en el sistema de salud pública no existan los medios y recursos necesarios para el tratamiento médico-quirúrgico que necesiten y la emergencia así lo amerite.

LEY DE EQUIPARACIÓN DE OPORTUNIDADES PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

CAPITULO V INTEGRACIÓN LABORAL

Art. 30.- Las Instituciones de Seguridad Social deberán buscar por todos los medios posibles, la forma para que la atención de sus derechohabientes incluya a las personas con discapacidades en grado severo, que no sean rehabilitadas y que por lo tanto tengan que depender económicamente de por vida de otra persona, para que sean beneficiarios de pensión de orfandad ya sea del padre, de la madre o de ambos, en cuyo caso tendrán derecho a ambas, siempre que cada uno de ellos hubiere adquirido individualmente el derecho a pensión.

Lo establecido en el inciso anterior, es sin perjuicio de los derechos establecidos por la Constitución y demás leyes, en favor de otras personas.

Art. 31.- Cuando un asegurado, tenga beneficiarios con discapacidades ya sean congénitas o adquiridas no rehabilitables, estos tendrán derechos a recibir del Instituto Salvadoreño del Seguro Social o de la Institución que haga sus veces, los servicios de salud mientras dure la relación laboral de aquel.

REGLAMENTO DE EQUIPARACIÓN DE OPORTUNIDADES PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

Servicios de Salud para beneficiarios con discapacidades:

Art. 14.- El Instituto Salvadoreño del Seguro Social, o quien haga sus veces, deberá realizar las reformas correspondientes para que pueda otorgar, sin importar su edad, los servicios de salud que necesiten los beneficiarios con discapacidad no rehabilitable de un asegurado, mientras dure su relación laboral, conforme a lo dispuesto por el Art.30 de la Ley de Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad.

LEY DE DEBERES Y DERECHOS DE LOS PACIENTES Y PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

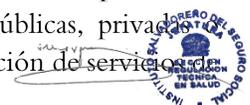
Objeto de la Ley. Art. 1.- El objeto de la presente Ley es regular y garantizar los derechos y deberes de los pacientes que soliciten o reciban servicios de salud, así como de los prestadores de servicios en el ámbito público, privado y autónomo, incluyendo el Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

Ámbito de Aplicación. Art. 2.- El ámbito de la presente Ley, es de obligatorio cumplimiento para todos los pacientes y usuarios que utilicen los servicios de salud, y todas las instituciones públicas, privadas y autónomas, incluido el Instituto Salvadoreño del Seguro Social que se dediquen a la prestación de servicios de salud

Art. 10. Derecho de Atención.

Art. 11. Derecho a Trato Igualitario.

Art. 12. Derecho a una Atención Calificada.



- Art. 13. Derecho a la Información.
Art. 15. Derecho de Consentimiento Informado.
Art. 19. Derecho a la Privacidad.
Art. 20. Derecho a la Confidencialidad.
Art. 22. Derecho a Segunda Opinión.
Art. 24. Derecho a Medicamentos y Otros.
Art. 26. Deber de Respetar al Equipo de Salud
Art. 27. Deberes de los Pacientes.
Art. 28. Deber de Cumplir Prescripciones Médicas.
Art. 30. Derecho de los Prestadores de Servicios de Salud a un Trato Respetuoso.
Art. 31. Derechos de los Profesionales de la Salud.
Art. 32. Deberes de los Prestadores de Servicios de Salud, de dar trato respetuoso a Pacientes y Familiares.
Art. 33. Deberes de los Prestadores de Servicios de Salud.
Art. 34. Deber de Informar.
Art. 35. Responsabilidad por Contratación de Personal.
Art. 36. De los Pacientes.
Art. 37. De los Prestadores de Servicios de Salud

NORMAS CONTROL INTERNO ESPECÍFICOS DEL ISSS.

CAPÍTULO III. ACTIVIDADES DE CONTROL.

Documentación, actualización y divulgación de Políticas y Procedimientos.

Art 2. El sistema de control Interno: Es el conjunto de procesos continuos, interrelacionados e integrados en todas las actividades inherentes a la gestión administrativa, operativa y jurisdiccional realizada por los servidores del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, diseñados para evitar o minimizar los riesgos internos y externos que afectan las actividades del Instituto, detectando y previniendo las desviaciones que puedan alterar la coherencia entre la acción y objetivos, proporcionando un grado de seguridad razonable en la eficiencia, eficacia, y economía de las operaciones, en la confiabilidad de la información financiera y en el cumplimiento de leyes, reglamentos, políticas, disposiciones administrativas y otras regulaciones aplicables.

Art. 3. El sistema de control interno proporcionará al Instituto seguridad razonable sobre el cumplimiento de los siguientes objetivos:

Objetivos de gestión: Están relacionados con la eficiencia, eficacia y transparencia de los procesos administrativos en el desarrollo de las auditorías y rendición de cuentas.

Objetivos relacionados con la información: Impactan en la efectividad del reporte de la información suministrada a nivel interno y externo y va más allá de la información financiera.

Objetivos relacionados con el cumplimiento de leyes, reglamentos, disposiciones administrativas, y otras regulaciones aplicables: Están relacionadas con el cumplimiento de la normativa legal y técnica aplicada a la gestión del Instituto, por parte de sus servidores



Art. 48. Los Centros de Atención, Unidades y Divisiones del área administrativa del ISSS se registrarán por el cumplimiento de las funciones establecidas en los Manuales de Organización y Manuales de Normas y

Procedimientos respectivamente además de toda la normativa legal vigente aplicable al correspondiente Centro de Atención, los cuales deberán ser actualizados periódicamente de acuerdo a las necesidades de los usuarios.

Art. 49. Será responsabilidad de cada una de las Jefaturas velar por la mejora de los procesos, actualizaciones que deben ser expresadas en Manuales de Organización y Manuales de Normas y Procedimientos y demás Normativa Legal Vigente, a fin de garantizar la eficiencia de los mismos.

Art. 50. Será responsabilidad de cada una de las Jefaturas que conforman el ISSS, la divulgación interna y el cumplimiento de las normas y procedimientos, establecidos en los Manuales de Normas y procedimientos y demás Normativa Legal Vigente, cada vez que estos sufran modificaciones o actualizaciones, a fin de que se garantice el óptimo funcionamiento de los mismos.

Art. 51. Será responsabilidad de todas las dependencias informar al Jefe inmediato superior, cualquier diferencia, inconsistencia, falla de los sistemas de información u omisión a los procedimientos, a fin de actualizar los Manuales de Organización y Manuales de Normas y Procedimientos, u otra normativa legal vigente, y aplicar acciones correctivas correspondientes.

B. LEX ARTIS.

El conocimiento humano es un recurso que se encuentra en cambio permanente pues crece, se magnifica, se simplifica, se vuelve más o menos complejo; en definitiva cambia y configura la lex artis escrita, cuya aplicación robustece el juicio técnico y se materializa en el ejercicio de medios que traen implícito el proceso de prestación de servicios de salud.

Los documentos regulatorios buscan elaborar y presentar un escrito de valor práctico por medio del concurso de los profesionales, directa o indirectamente relacionados con un área determinada del conocimiento y de la prestación de algún servicio, para definir un mínimo vital de atenciones estándar que permita proveer a los derechohabientes una atención de calidad homogénea para los casos generales, quedando su aplicación en la responsabilidad de todos y cada uno de los profesionales y técnicos que laboran en el ISSS.

El proceso de elaboración y revisión (actualización) de los documentos normativos implica una revisión bibliográfica exhaustiva en fuentes actualizadas y validadas, nacional e internacionalmente aceptadas, matizadas con la disponibilidad de recursos institucionales, teniendo como prioridad la vida y la salud de los derechohabientes.

Las ciencias de la salud distan mucho de ser exactas y el objeto de trabajo en los centros de atención es otro ser humano, cuya vida y salud le confieren una identidad propia, pues no existen dos personas iguales y no tratamos enfermedades, sino personas.

Es por eso que, bajo la guía de los preceptos generales establecidos en los documentos regulatorios vigentes, nuestros profesionales tienen el derecho y el deber de obrar cumpliendo con lo contenido en ellos para los casos generales.

Siempre que haya necesidad, según la medida de su criterio profesional individual, aplicará todos los conocimientos, habilidades y destrezas que en su proceso de formación e instrucción han adquirido; a fin de no omitir ningún cuidado que cada caso individual requiera, poniendo a disposición de los derechohabientes



todos los medios materiales de los que dispone la Institución, así como todos los medios académicos y laborales que disponen los profesionales de la salud que prestan la atención directa, quienes forman parte de la cadena de actores que abonan al producto final que nos inspira: La vida y la salud de los derechohabientes.

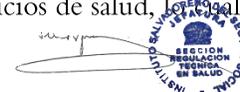
Debemos estar conscientes de que no hay escrito regulatorio que pueda contemplar todas las contingencias que en el contexto de la prestación de los servicios de salud puedan surgir, y un caso particular –como lo son todos y cada uno– siempre nos puede presentar necesidades que exijan de nosotros, actuar de forma coherente con nuestro criterio profesional bien sustentado, con el único propósito de conservar la vida y la salud de los derechohabientes; entendiendo y aceptando siempre la imperiosa necesidad y responsabilidad de justificar y registrar por todos los medios formales, una conducta que por ser particular, trasciende lo normado para la generalidad, que es, en esencia, el objeto de todo documento regulatorio.

El paso del tiempo trae consigo el progreso de la ciencia y la tecnología. La regulación que hoy es aceptada, mañana será complementada con el hallazgo de una nueva pieza de la verdad científica, que conforme sea probada y validada podrá ser incorporada formalmente al portafolio de servicios institucional, de acuerdo a la evidencia; pero mientras eso ocurre, todos los profesionales de la salud están en la obligación y el derecho de aportar de forma justificada y según la necesidad de cada caso, lo que a criterio profesional nos mande como necesario para los cuidados que requieran los derechohabientes y que puedan ser proveídos por la Institución.

C. INTRODUCCIÓN.

El Plan 100 “AMPLIACIÓN DE HORARIOS DE SERVICIOS MÉDICOS EN EL ISSS” responde a los principios de universalidad, solidaridad, equidad, subsidiaridad e institucionalidad contemplados en el Plan Cuscatlán. De igual manera, es congruente con los derechos y deberes de los pacientes incluidos en el mismo Plan. Con este Proyecto, el ISSS contribuirá a mejorar la calidad de su atención, optimizar sus recursos y mejorar su gestión enfocándose en los pacientes que hacen uso de los Servicios de Emergencia Hospitalarios (SEH) a quienes se les aplicará la estrategia de clasificación de Manchester, la cual establece las categorías de pacientes que requieren una atención urgente (prioridad roja, naranja y amarilla) y otra no urgente (prioridad verde y azul) y que por medio de ella estos últimos podrán reorientarse de una forma progresiva a una estrategia de Atención Primaria.

Los pacientes categorizados como no urgentes contarán con la disponibilidad de su direccionamiento a una atención más integral de la que se les podría dar bajo la atención de emergencia. Estos gozarán de una atención de Medicina General o de las Especialidades Médicas Básicas (como son las de Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Gineco- Obstetricia) al cumplir los criterios de riesgo clínico consensuado por estas especialidades. La Medicina General, así como las especialidades básicas utilizarán la estratificación por riesgo clínico, la cual facilitará la gestión e intervención de la agenda médica de las consultas, cirugías o procedimientos requeridos posterior a la atención brindada. La clasificación derivada de esta intervención (prioridad roja, amarilla y verde) proporcionará datos que podrán ser utilizados para realizar una mejor gestión de los servicios de salud, lo que volverá más equitativa las atenciones, valor fundamental de cualquier sistema de salud.



Por todo lo anteriormente expuesto, el Plan 100 se convierte en el inicio de un proceso de reorganización de los servicios de salud en el ISSS, para establecer las bases de una nueva gestión basada en la mejora continua de los procesos de salud.

D. OBJETIVOS.

GENERAL.

Establecer el marco normativo del PLAN 100 para aperturar y ampliar la provisión de servicios de salud en horarios no tradicionales, en beneficio de la población derechohabiente.

ESPECÍFICOS.

1. Ampliar horarios de atención en emergencia a 24 horas los siete días de la semana en Unidades Médicas de Apopa, Soyapango y Quezaltepeque.
2. Extender horarios de consulta externa a 12 horas en Medicina General durante horarios no tradicionales en 7 centros de atención a nivel nacional.
3. Ampliar horarios de Atención para acortar citas de especialidades de Medicina Interna, Cirugía, Gineco-Obstetricia y Pediatría en Unidad Médica de Apopa, Santa Tecla, Ilopango y Hospital Policlínico Zacamil.
4. Reducir los tiempos de espera para cirugía electiva de Cirugía General, Ginecológica, Cataratas y Cadera; así como de procedimientos de Cardiología y Endoscópicos.

E. CAMPO DE APLICACIÓN.

Aplicase este lineamiento para las diferentes estrategias del Plan 100. “Ampliación de los horarios de servicios médico en el ISSS”, a ejecutarse en centros de atención y red, definidos en este documento, a nivel Institucional, de acuerdo a portafolio de servicios.

Aplicase para la provisión de servicios de la salud en horarios y días no tradicionales (sábados, domingos y feriados) en Áreas de Emergencia, Consulta Externa (General y Especializada), Procedimientos médico-diagnósticos-terapéuticos y Quirúrgicos; a derechohabientes que requieren interconsulta, consulta espontánea o citados de primera vez o subsecuentes, así mismo a pacientes referidos o retornados, de acuerdo a la clasificación de riesgos clínicos, Triage Médico-quirúrgico Nivel 5 (Color Azul) y Triage Gineco-Obstétrico Nivel 3 (Color verde).

El Plan 100. “Ampliación de los horarios de servicios médico en el ISSS”, en horarios no tradicionales, podrá implementarse secuencialmente a las Áreas de Emergencia, Consulta Externa (General y Especializada), Procedimientos Clínico-diagnóstico y Quirúrgicos de diferentes Centros de Atención y redes del ISSS nivel país.



I. ASPECTOS GENERALES.

1. La Máxima Autoridad del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, a través del acuerdo **CD #2019-1164-JUL.- contenida en el acta N°3846. Aprueba el plan 100.** AMPLIACIÓN DE HORARIOS DE SERVICIOS MÉDICOS EN EL ISSS, con el objetivo de mejorar la accesibilidad y oportunidad de los servicios de salud ofertados por el ISSS, ampliando los horarios de atención en beneficio de la población derechohabiente.
2. El Plan 100 “AMPLIACIÓN DE LOS HORARIOS DE SERVICIOS MÉDICO EN EL ISSS” será aplicado a través de las estrategias:
 - i. Ampliación a 24 horas, 7 días a la semana, de los horarios de emergencia, en 3 centros metropolitanos.
 - ii. Extensión de la consulta externa de medicina general y familiar, en horarios no tradicionales, en 7 centros de atención a nivel nacional.
 - iii. Acortamiento de citas de especialidades médicas básicas, fortaleciendo la atención de 4 centros de atención.
 - iv. Reducción de tiempos de espera para cirugías electivas de especialidades básicas (Cirugía general, ginecología) y sub especialidades seleccionadas (para cirugía de cataratas y cadera) en 5 centros de atención.
 - v. Reducción de tiempos de espera de procedimientos diagnóstico-terapéuticos de cardiología y gastroenterología en horarios no tradicionales.

❖ MODALIDADES DE CONTRATACIÓN DE PROFESIONALES DE SALUD DEL ISSS.

3. Las Máximas Autoridades del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, a través de las dependencias institucionales correspondientes, determinan dar cumplimiento al acuerdo de **CD#2019-1164-JUL.-** en numerales 2º). La contratación de personal para la atención médico asistencial y 5º) Realizar los contratos para las Compra de Servicio Médico-Profesionales que el plan ha considerado.
4. El Director o designado de cada centro de atención será responsable de “gestionar ante las instancias correspondientes”, según acuerdo antes mencionado, la contratación del personal para la Atención Médico Asistencial definidas en el Plan 100. “Ampliación de Horarios de Servicios Médicos en el ISSS”
5. La contratación del personal para la atención médica asistencial, independientemente de la modalidad, estará sustentada a través de Acuerdo de Dirección General y los Contratos firmados por las partes involucradas.
6. La contratación de profesionales para la atención médica asistencial y servicios de apoyo para la Ampliación de Horarios de Servicios Médicos en el ISSS, se realizará a través de plazas o compra de servicios profesionales, aplicables a los aspectos contractualmente establecidos y las normativas institucionales.
7. La contratación de los profesionales, estará enmarcada en la verificación de la calidad, ~~comprobación~~ y responsabilidad de los profesionales que proporcionan el servicio, tanto para la atención médico asistencial, como para la realización de procedimientos médico-quirúrgicos, de diagnóstico y terapéuticos.



8. La Evaluación al Mérito o Evaluación de Interinatos del personal, según aplique, se realizará de acuerdo a Lineamientos definidos por Sección de Evaluación para el Desarrollo del Personal de Unidad de Recursos Humanos del ISSS.
9. La caducidad o prórroga para la contratación del personal para la atención médica asistencial, procedimientos médico-quirúrgicos, diagnósticos o terapéuticos, estará definido en el Acuerdo de Dirección General y Contratos firmados entre las partes.

II. APERTURA O AMPLIACIÓN DE ÁREAS DE EMERGENCIAS 24 HORAS LOS 7 DÍAS A LA SEMANA (LÍNEA ESTRATÉGICA 1).

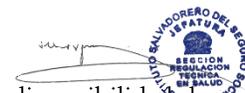
10. Las áreas o servicios de emergencia brindarán atenciones de morbilidad con el concurso de diversos servicios de apoyo (Farmacia, Laboratorio Clínico, Rayos X, entre otros), según portafolios de servicio locales.
11. Los pacientes que requieren atención urgente contarán con el acceso a la atención de emergencias las 24 horas durante los 7 días de la semana en centros de atención donde anteriormente no se contaba con horarios de atención nocturno.
12. La atención de emergencia se ampliará a 24 horas los 7 días a la semana en las Unidades Médicas de Soyapango, Apopa y Quezaltepeque, según se describe en tabla 1:

TABLA 1. CENTROS DE ATENCIÓN CON FORTALECIMIENTO DE AREAS DE EMERGENCIAS.

| AMPLIACIÓN AREAS DE EMERGENCIAS A 24 HORAS 7 DÍAS A LA SEMANA. | MÉDICOS DE EMERGENCIA |
|--|-----------------------|
| - UNIDAD MÉDICA SOYAPANGO. | - MÉDICO GENERAL. |
| - UNIDAD MÉDICA APOPA. | - MÉDICO GENERAL. |
| | - MÉDICO FAMILIAR. |
| | - MÉDICO PEDIATRA. |
| - UNIDAD MÉDICA QUEZALTEPEQUE. | - MÉDICO GENERAL. |
| | - MÉDICO FAMILIAR. |

Nota. El **Coordinador de emergencia**, realizara el plan de trabajo de manera periódica distribuyendo equitativamente las asignaciones del área de emergencia.

13. La atención o acceso a los servicios de emergencia será a través de la “Selección y Clasificación de Pacientes”, con la finalidad de asignar una prioridad clínica adecuada, acorde a la Clasificación de Manchester modificada.
14. Los pacientes categorizados como “no urgentes” (clasificación azul) contarán con la disponibilidad de su direccionamiento a una atención más integral a la consulta externa de los centros de la red, ya sea en horario normal o en horario no tradicional. En ginecología, esto aplicará a los pacientes con clasificación verde, al disponer esta especialidad de su propio Triage (3 colores).



15. Los centros de atención dispondrán de área de Observación y Servicios de Farmacia, Laboratorio Clínico y Rayos X. Estos últimos 2 servicios de apoyo podrán atender las 24 horas los 7 días de la semana a los pacientes de emergencia, y en turno diurno, a todo paciente resultante de una consulta externa amerite dichos servicios y gestione una cita.
16. A los pacientes que hacen uso de los Servicios de Emergencia Hospitalaria: Médico Quirúrgico y Oncológico, General, 1° de Mayo, Amatepec, Regional de Santa Ana, Regional Sonsonate y Regional San Miguel, categorizados con clasificación azul en la selección médica según la estrategia de clasificación de Manchester modificada y de acuerdo a la Norma de Atención de Emergencias en el ISSS vigente, se les podrá agendar cita de medicina general de lunes a viernes en horario normal en todas las unidades médicas y clínicas comunales y los fines de semana y festivos en los centros de atención con apertura de consulta externa en horarios no tradicionales en el marco del plan 100.

❖ **RUTA DE PACIENTE EN EMERGENCIA 24 HORAS Y 7 DIAS DE LA SEMANA.**

17. Los pacientes que soliciten una atención de emergencia serán vistos siguiendo los lineamientos de la Norma de Atención de Emergencias en el ISSS y del Triage de Manchester (5 colores). (**Anexo 1. FLUJO GENERAL DEL SERVICIO DE EMERGENCIA**).
18. Los pacientes que sean clasificados como NO URGENTES (Azul) según Manchester, podrán ser derivados a recepción con el objeto que sean programados en el sistema de agenda médica y se les otorgue una cita en el centro de atención donde el paciente manifieste que le es factible pasar su atención. El paciente será remitido desde el centro de atención con su comprobante de su cita.
19. El recurso de recepción que estará para otorgamiento de citas, tendrá acceso a las agendas médicas de los centros de atención participantes en el proyecto.
20. El Gestor de la Agenda verificará que el recurso de recepción agende correctamente las citas en diferentes centros de atención participantes del proyecto.

III. APERTURA DE CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA GENERAL Y FAMILIAR EN HORARIOS NO TRADICIONALES (LINEA ESTRATEGICA 2).

❖ **HORARIOS DE ATENCION EN CONSULTA EXTERNA EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PARTICIPANTES EN LINEA ESTRATEGICA 2.**

21. La consulta externa de medicina general y familiar se realizará los días sábados, domingos y feriados, en los centros de atención, según se define en la siguiente tabla 2:



TABLA 2. RECURSO MÉDICO PARA CONSULTA EXTERNA (GENERAL Y FAMILIAR), CENTROS DE ATENCIÓN, HORARIOS Y DIAS NO TRADICIONALES.

| CENTRO DE ATENCIÓN | RECURSO MÉDICO, Y SERVICIOS DE APOYO. | DIAS Y HORARIOS. |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ H. R. SONSONATE. ▪ H. R. SAN MIGUEL. ▪ H. POLICLINICO ZACAMIL. ▪ U. M. SANTA ANA. ▪ U. M. SANTA TECLA. ▪ U. M. APOPA. ▪ U. M. ILOPANGO. | <ul style="list-style-type: none"> - MÉDICO GENERAL/ FAMILIAR. - PERSONAL DE SALUD. | <ul style="list-style-type: none"> - 7:00 am – 7:00 pm. - Días sábado, domingo y feriados. |

22. El personal de salud de la consulta externa (general o especialidad) deberá conocer y cumplir las normativas vigentes, en el ámbito de sus funciones.

❖ **PORTAFOLIO DE SERVICIOS.**

23. El personal de salud brindará las atenciones siguientes:

- i. Atención de morbilidad.
- ii. Atención de programas preventivos.
- iii. Atención de los servicios de apoyo: Laboratorio Clínico, Rayos X, entre otros.

IV. ACORTAMIENTO DE CITAS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS BÁSICAS (LÍNEA ESTRATÉGICA 3).

24. El Instituto, aperturará la consulta externa de las cuatro especialidades básicas en horarios no tradicionales para ampliar la oportunidad de atención al derechohabiente.

25. Todo paciente que requiera de consulta externa de las especialidades básicas deberá presentar una referencia para otorgamiento de su cita.

26. El acortamiento de citas de especialidades médicas básicas será aplicable a Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Gineco- Obstetricia con el fin de disminuir el diferimiento prolongado a especialidades, facilitar las interconsultas, entre otros.

27. La consulta externa de las cuatro especialidades básicas se realizará en Hospital Policlínico Zacamil y Unidades Médicas: Apopa, Ilopango y Santa Tecla los días sábados, domingos y feriados en horario de 7:00 am a 1:00 pm, de acuerdo a lo definido en la siguiente tabla:



TABLA 3. ACORTAMIENTO DE CITAS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS BÁSICAS.

| CENTRO DE ATENCIÓN. | RECURSO MÉDICO X CENTRO DE ATENCIÓN. | HORARIOS Y DÍAS DE CONSULTA |
|------------------------|---|---|
| H. POLICLINICO ZACAMIL | - PEDIATRÍA. - MEDICINA INTERNA. - GINECOLOGÍA. - CIRUGÍA GENERAL. | - 7.00am - 1:00pm. - Sábado, domingo y feriados. |
| U.M. SANTA TECLA. | | |
| U.M. APOPA. | | |
| U.M. ILOPANGO. | | |

❖ **PORTAFOLIO DE SERVICIOS.**

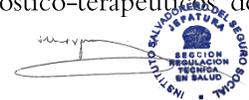
28. Se dispondrá de un recurso médico por especialidad respectivamente, en los horarios antes descritos, bajo la contratación de compra de servicios médicos profesionales presencial de 6 horas. El portafolio de atención de la consulta externa de las cuatro especialidades básicas, será:
- Atención de morbilidad.
 - Programas preventivos.
 - Servicios de apoyo (Farmacia, Laboratorio Clínico, Rayos X y otros).

❖ **RUTA DE ASISTENCIA CONSULTA EXTERNA.**

29. Todo paciente para entrar al proceso de consulta externa de especialidad, deberá llevar una referencia de medicina general o familiar, categorizada con el riesgo correspondiente para así valorar la prontitud a ser atendido por la especialidad (**Ver anexo 2. PROCESO DE ATENCIÓN DE PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA**). Las Categorías con tiempos de espera para cita de primera vez:
- Paciente Riesgo Rojo: Citas a no más de 7 días en la especialidad.
 - Paciente Riesgo Amarillo: Menos de 15 días en la especialidad.
 - Paciente Riesgo Verde: No mayor a 30 días en la especialidad.

V. CIRUGÍAS ELECTIVAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPEÚTICOS (LÍNEA ESTRATÉGICA 4 y 5).

30. Dentro del Plan 100 se habilitará la atención en Hospitales Policlínico Roma y Amatepec para procedimientos de Cirugía General, Hospital Materno Infantil Primero de Mayo para las cirugías ginecológicas, Hospital Policlínico Zacamil para cirugías oftalmológicas, Hospital General para cirugías de cadera, y el Consultorio de Especialidades para los procedimientos diagnóstico-terapéuticos de Cardiología y Endoscópicos.
31. El Director local de cada uno de los centros participantes será el responsable de las gestiones necesarias para la realización de los procedimientos especificados en las estrategias 4 y 5; así como de la información necesaria para la ejecución, monitoreo y evaluación.
32. Los cirujanos contratados podrán ser de planta o de turno en el Instituto y con un cumplimiento del 85% del rendimiento quirúrgico, competencias y habilidades para realizar los tipos de procedimientos definidos en Plan 100 y que no tengan antecedentes administrativos sancionatorios.



33. Los recursos involucrados en esta estrategia deberán cumplir la normativa institucional vigente relacionada: Manual de Normas y Procedimientos de Sala de Operaciones, Norma del Expediente Clínico del ISSS, Norma de Manejo Perioperatorio en Anestesiología del ISSS, Norma de Organización y Funcionamiento del Bloque Quirúrgico del ISSS, Norma para el Funcionamiento de la Cirugía Ambulatoria del ISSS, entre otras .
34. La Dirección local será responsable de velar que la agenda quirúrgica electrónica este actualizada y monitorizar los indicadores que faciliten el listado de pacientes programados y los días de espera para la cirugía.
35. Los jefes de sala de operaciones y los jefes o coordinadores de la consulta externa de los centros participantes de las estrategias deberán enviar mensualmente a la Dirección Local (la primera semana hábil del mes siguiente) el resultado de los indicadores del proyecto y la información que lo respalde.
36. Las direcciones locales mensualmente enviarán la agenda quirúrgica electrónica, el informe de sala de Operaciones. Así mismo elaborarán el informe trimestral con los análisis y evaluación de los resultados de esta estrategia para ser presentado al Departamento de Redes Integrales e Integradas en Salud.

A. CIRUGIAS DE ESPECIALIDADES BÁSICAS Y SUBESPECIALIDADES. (ESTRATEGIA 4)

37. El Instituto realizará intervenciones de Cirugía General, Ginecología, Ortopedia (cirugías de cadera) y Oftalmología (cirugía de cataratas) en horarios no tradicionales, a fin de disminuir los tiempos de espera de los pacientes, según tabla 4.

TABLA 4. CIRUGÍAS DE ESPECIALIDADES BÁSICAS Y SUBESPECIALIDADES.

| CENTRO DE ATENCIÓN. | PROCEDIMIENTOS X CENTRO DE ATENCIÓN. | QUIRÓFANOS, HORARIOS Y DIAS DE CIRUGÍA |
|----------------------------|--|--|
| HOSPITAL AMATEPEC. | - CIRUGÍA GENERAL. (COLECISTECTOMÍAS POR VIDEOLAPAROSCOPIA Y CURA DE HERNIAS INGUINALES). | - 2 quirófanos electivos. - Sábados, domingos y feriados en el horario de 7:00 am - 1:00pm. Extendiendo la recuperación hasta las 5 pm. Con ello podrían realizarse hasta 6 cirugías ambulatorias cada día. |
| HOSPITAL POLICLÍNICO ROMA. | - CIRUGÍA GENERAL. (COLECISTECTOMÍAS POR VIDEOLAPAROSCOPIA, SAFENECTOMÍAS Y CURA DE HERNIAS INGUINALES). | - 2 quirófanos electivos. - Sábados en el horario de 7:00 am 3:00pm. Extendiendo la recuperación hasta las 5 pm. con la posibilidad de ingresar pacientes en caso lo ameriten) - Con ello podrían realizarse hasta 8 cirugías ambulatorias cada día. |



| | | |
|--------------------------------------|--|--|
| HOSPITAL POLICLÍNICO ZACAMIL. | - OFTALMOLOGÍA. (EXTRACCIÓN EXTRA CAPSULAR DE CATARATA MÁS COLOCACIÓN DE LENTE INTRAOCULAR (EECC+LIO)). | - 2 Quirófanos electivos. - *Domingos en el horario de 7:00 am - 7:00pm. para realizar hasta 18 cataratas diarias, en complemento al proyecto que ya se está realizando en dicho centro de atención. |
| HMI. 1º DE MAYO. | - CIRUGÍA AMBULATORIA LAPAROSCÓPICA* , (HISTEROSCOPIAS, ESTERILIZACIONES POR VIDEOLAPAROSCOPIA Y LAPAROSCOPIA OPERATORIA). | - 1 Quirófano electivo. - Sábados en horario de 7:00 am - 1:00 pm, Extendiendo la recuperación hasta 5 pm. con la posibilidad de ingresar pacientes en caso lo ameriten) para la realización entre 4 y 5 cirugías diarias. |
| | - CIRUGÍA GINECOLÓGICA (HISTERECTOMÍA ABDOMINAL Y VAGINAL, LAPAROTOMÍA, TOT, RAP, TOT + RAP, TOT + RA*). | - 1 Quirófano electivo. - Sábados en horario de 7:00 am - 3:00 pm. para la realización de hasta 4 cirugías diarias. |
| HOSPITAL GENERAL | - OSTEOSÍNTESIS DE CADERA | - 1 Quirófano electivo. - Sábados en horario de 7:00 am - 3:00 pm. - Entre 2 y 3 cirugías de pacientes ingresados en Servicios de Ortopedia de dicho Hospital con diagnóstico de Fractura de cadera). |

Nota. *El personal Médico Anestesiólogo, Licenciado en Anestesia y Personal Paramédico será distribuido según requerimientos.

* TOT: Trans Obturator Tape, RAP: Reparo Antero Posterior, RA: Reparo Anterior.

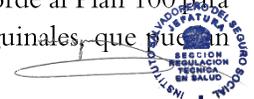
➤ CIRUGÍA GENERAL.

❖ HOSPITAL AMATEPEC.

38. Los centros de atención y la red que referirá pacientes para programación de cirugía en Hospital Amatepec son: Unidades Médicas de Soyapango, Ilopango, San Jacinto, Apopa y Atlacatl. Podrán programarse pacientes de otros centros de atención a nivel nacional previa coordinación.

i. El Hospital Amatepec, para los procedimientos de Cirugía General, habilitará 2 quirófanos electivos para los días sábados, domingos y feriados en el horario de 7:00 am - 1:00 pm. para la realización de hasta 3 Cirugías ambulatorias por quirófano, extendiendo la recuperación y limpieza terminal de los quirófanos hasta las 5:00 pm.

ii. Se programará en forma equitativa Cirujano, ayudante y el personal necesario acorde al Plan 100 para la realización de: Colecistectomías por Video laparoscopia y Cura de hernias inguinales, que serán manejarse ambulatoriamente.



39. Los cirujanos programados provendrán de las Unidades Médicas de la red descrita anteriormente, así como de los Hospitales General, Médico Quirúrgico y Oncológico, Policlínico Zacamil, Amatepec y Roma. El jefe de sala de operaciones del Hospital Amatepec será el encargado de la programación de las cirugías en forma equitativa entre los diferentes cirujanos.

❖ **HOSPITAL POLICLÍNICO ROMA.**

40. Los centros de atención y la red que referirá pacientes para programación de cirugía en Hospital Policlínico Roma son las Unidades Médicas de Santa Tecla, Quezaltepeque, 15 de septiembre, San Jacinto y Atlacatl. Podrán programarse pacientes de otros centros de atención a nivel nacional previa coordinación.
- i. El Hospital Policlínico Roma habilitará 2 quirófanos electivos para los días sábados para la realización de hasta 4 cirugías diarias con horario de programación de cirugías de 7:00 am – 3:00 pm, teniendo la posibilidad de dejar ingresados a los pacientes que lo ameriten.
 - ii. El Jefe de Sala de operaciones del Hospital Policlínico Roma programará en forma equitativa a cirujanos y ayudantes para la realización de: Colectectomías por Video laparoscopia, Safenectomías y Cura hernias inguinales, que puedan manejarse ambulatoriamente. El personal de apoyo requerido será programado por la jefatura correspondiente.
41. Los cirujanos programados provendrán de las Unidades Médicas de la red descrita anteriormente, así como de los Hospitales General, Médico Quirúrgico y Oncológico, Policlínico Zacamil, Amatepec y Roma.

➤ **OFTALMOLOGÍA**

❖ **HOSPITAL POLICLÍNICO ZACAMIL.**

42. Se realizarán cirugías oftalmológicas los domingos en complemento a las Cirugías que ya se está realizando en dicho centro de atención. Se habilitarán 2 quirófanos para 3 médicos cirujanos oftalmólogos de 7:00am – 7:00 pm. para realizar un promedio de 18 Cataratas diarias.
43. Los pacientes serán seleccionados de la lista de espera de Oftalmología de Hospital Policlínico Zacamil y del Consultorio de Especialidades con fecha de realización de cirugía más allá de 30 días de la fecha de inicio del Plan 100.
44. Los oftalmólogos programados serán seleccionados por el jefe de Oftalmología del Consultorio de Especialidades.

➤ **GINECOLOGÍA.**

❖ **HOSPITAL MATERNO-INFANTIL 1º DE MAYO.**

45. Se habilitará 1 quirófano con horario de funcionamiento de 7:00 am – 1:00 pm. para la realización de 4 y 5 cirugías diarias los días sábados, para cirugía ambulatoria laparoscópica (Histeroscopías, esterilizaciones por video laparoscopia y laparoscopia operatoria) de pacientes sin comorbilidades o que éstas se encuentren compensadas y cuya evaluación preoperatoria establezca que es ASA I o II.
- i. Se habilitará 1 Quirófano electivo de 7:00 am a 3:00 pm los días sábados para la realización de cirugías ginecológicas abiertas (Histerectomía abdominal y vaginal, laparotomía, TOT, TOT +RAP, TOT+RA o RAP) proyectando hasta 4 cirugías diarias.
 - ii. Los médicos ginecólogos serán seleccionados por el Coordinador Institucional de ginecología y los jefes clínicos de esta especialidad de los 3 hospitales que cuentan con maternidades de la zona metropolitana de San Salvador.



- iii. Las pacientes serán seleccionadas de las listas de espera de los Hospitales: Amatepec, Zacamil y 1 ° de Mayo, adelantando inicialmente aquellas que están programadas a más de 30 días de la fecha de inicio del proyecto.
46. La logística para los procedimientos a realizar para programar estas cirugías ginecológicas será definida localmente junto con el Coordinador institucional de ginecología y los coordinadores o jefes clínicos de esta especialidad en los 3 centros ya mencionados.

➤ **ORTOPEDIA**

❖ **HOSPITAL GENERAL:**

47. Se habilitará 1 quirófano electivo los días sábados de 7:00 am – 3:00 pm. para la realización entre 2 y 3 cirugías de cadera, extendiendo la recuperación y limpieza terminal hasta las 5:00 pm.
- i. El jefe de Servicio de Ortopedia programará un cirujano Ortopeda y 1 ayudante para cada cirugía, seleccionándolos de los médicos del staff que tienen las mejores competencias para evitar suspensión de cirugías o prolongación de tiempos quirúrgicos.
 - ii. El Médico Anestesiólogo, el Licenciado en Anestesia y Enfermeras será programado por la Jefatura correspondiente.
 - iii. Los pacientes serán seleccionados de aquellos que están ingresados en el servicio de ortopedia de dicho hospital, que tengan completas sus evaluaciones y que no se hayan podido programar en los quirófanos electivos de lunes a viernes, a fin de reducir el tiempo de estancia hospitalaria a 7 días para pacientes egresados con este diagnóstico.

B. PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPEUTICOS (LÍNEA ESTRATÉGICA 5).

48. En Consultorio de Especialidades se realizará procedimientos diagnósticos y terapéuticos (Toma de Ecocardiogramas, Endoscopías y Colonoscopías), en horarios no tradicionales a fin de disminuir los tiempos de espera de pacientes. Ver tabla 5.
49. El responsable del Servicio debe establecer las rutas asistenciales para reducir los tiempos de espera de los procedimientos diagnósticos de Cardiología y Gastroenterología los días sábados de 7:00 am a 3:00pm en el Consultorio de Especialidades.
50. Los Jefes de Servicios de Cardiología y Gastroenterología o la Dirección del Centro seleccionarán los pacientes citados para Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos programados a más de 30 días de la fecha de inicio del proyecto para reducir el tiempo de espera.

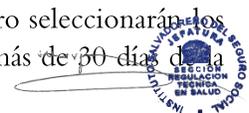


TABLA 5. PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPEÚTICOS.

| CENTRO DE ATENCIÓN. | PROCEDIMIENTO POR COMPRA DE SERVICIOS. | SERVICIO (RECURSOS) | HORARIOS Y DIAS DE CIRUGÍA |
|----------------------------------|--|---|--|
| - CONSULTORIO DE ESPECIALIDADES. | - GASTROENTEROLOGÍA (Endoscopia y Colonoscopías) | - 2 Endoscopista. - 1 Lic. en Anestesia. - 3 Enfermeras (Procedimientos y Área de preparación/ recuperación). | - Sábado. Horario de 7:00 am - 3:00 pm, para realizar hasta 20 estudios los días sábados. |
| | - CARDIOLOGÍA. (Ecocardiograma). | - 2 Cardiólogos. - 2 Enfermeras generales. | Sábado. Horario de 7:00 am - 3:00 pm, para realizar un promedio de 32 estudios los días sábados. |

*Nota. Mediante plaza permanente en ejecución: 2 recepcionistas, 1 archivista y 1 Auxiliar de Servicios.

➤ **ENDOSCOPIA.**

51. Se realizarán procedimientos de endoscopia y colonoscopías para los pacientes ambulatorios en Consultorio de Especialidades, habilitándose 3 áreas para endoscópicas y colonoscopías que trabajarán de forma alterna para 2 Endoscopistas con horario de funcionamiento de 7:00 am a 3:00 pm los días sábados, haciendo un promedio estimado de 20 a 24 procedimientos.
52. El jefe del servicio seleccionará los pacientes de la lista de espera que se encuentren programados a más de 30 días de la fecha de inicio del proyecto. La dirección local gestionará las acciones necesarias a fin de que los pacientes cumplan los requisitos para realizar de los procedimientos.

➤ **CARDIOLOGÍA.**

53. Se realizarán Ecocardiogramas en el Consultorio de Especialidades (2 áreas) los días sábados, en horario de 7:00 am – 3:00 pm, realizando hasta 32 estudios por día.
54. La persona responsable de recepción contactará al paciente de las listas de espera de los Ecocardiogramas programados de primera vez que tengan su cita a más de 30 días del inicio del proyecto, la dirección local realizará las gestiones para la reprogramación de los pacientes.

C. RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE.



55. La ruta asistencial para la agenda quirúrgica y de procedimiento para reducir los tiempos de espera para Cirugía Electiva y Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos de Cardiología y Endoscopia será la siguiente:

❖ **RUTA ASISTENCIAL DE PACIENTES DE CIRUGÍA GENERAL, GINECOLÓGÍA, ORTOPEDIA Y OFTALMOLOGÍA (ANEXO 3. RUTA ASISTENCIAL DE PACIENTE PARA CIRUGÍAS)**

- a) La jefatura o el coordinador local de cirugía/ ginecología de Unidades Médicas y Hospitales, jefatura de oftalmología y gastroenterología del Consultorio de Especialidades seleccionarán a los pacientes a operar a partir de los listados de los pacientes programados para cirugía en su centro de atención con las

patologías definidas sin comorbilidades médicas o que éstas se encuentren compensadas; considerando inicialmente a los pacientes que están programados a más de 30 días de la fecha de inicio del proyecto y así sucesivamente hasta reducir el tiempo de espera.

- b) Los cupos de los pacientes incluidos en el plan 100 (quirúrgicos o de procedimientos) deberán ser liberados con la finalidad de programar pacientes nuevos en los cupos dejados por los pacientes incluidos en el plan 100.
- c) El Coordinador de la Especialidad, el Jefe de Consulta Externa o el Director local deberán monitorear la actualización de la agenda quirúrgica y agenda médica electrónica, así como el indicador del “Días Promedio de Espera” a fin de garantizar y comprobar dicha actualización.
- d) La Jefatura/ Coordinador de la especialidad o designado, deberá realizar las siguientes actividades:
 - i. Revisar los expedientes y las órdenes de sala de operaciones para corroborar que estén completos (todos los exámenes, evaluaciones preoperatorias y orden de sala de operaciones) y que el paciente no tenga ninguna morbilidad que implique un mayor riesgo quirúrgico.
 - ii. Verificar que se contacte a los pacientes para solicitar la autorización de ser intervenido por otro médico dentro del Plan 100. Si acepta, enviara listado, expediente y orden de sala a la jefatura de Sala de Operaciones del Hospital donde se realizará la cirugía para que se le establezca la nueva fecha de la cirugía.
 - iii. Indicar al paciente la documentación a presentar previa a su cirugía: Hoja de donantes, Consentimiento informado debidamente lleno y firmado, Exámenes y Evaluaciones de Especialidades Médicas y Orden para Evaluación Pre-anestésica/Orden de Ingreso.
 - iv. Enviar el expediente clínico del paciente al hospital donde será intervenido con 5 a 7 días antes de la fecha de la cirugía o según lo coordinado con el Hospital.
- e) La evaluación pre anestésica se realizará de acuerdo a lo establecido localmente por cada Hospital donde se realizarán las cirugías del Plan 100. Si el paciente es clasificado ASA III no se operará en el Plan 100 y regresa a la programación normal. Si es ASA I o II sigue el proceso de atención para realizar la cirugía.
- f) Para el caso de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Ortopedia del Hospital General, el Jefe de Servicio seleccionará a aquellos que se incluirán en el Plan 100, así como a las parejas de ortopedas para realizar 3 cirugías de cadera los días sábados.
- g) La jefatura de sala de operaciones, las coordinaciones locales de las Unidades Médicas y las Direcciones de los centros de la Red coordinarán la asignación de los cupos quirúrgicos dentro del mapa quirúrgico de acuerdo a la cantidad de pacientes en la lista espera de cirugías de cada centro.
- h) Las Jefaturas de sala de operaciones establecerán el plan de rotación de las parejas de cirujanos, harán la programación de las cirugías de los pacientes que se intervendrán en su centro, procurando distribuir equitativamente las cirugías incluidas en este plan y acorde con las competencias de los mismos.
- i) Los cirujanos, anesthesiólogos, ginecólogos y sub especialistas realizarán la cirugía de acuerdo al Proceso de Sala de Operaciones se realizará de acuerdo al Manual de Normas y Procedimientos de Sala de Operaciones y Norma de Cirugía ambulatoria vigente, entre otras. Posterior a la realización de cirugía y al dar el alta de los pacientes deberán llenar completa y correcta del expediente clínico, el reporte operatorio, la hoja de referencia, hoja de curación, retiro de puntos, control post quirúrgico, recetas y resto de documentos necesarios para la atención y seguimiento del paciente.

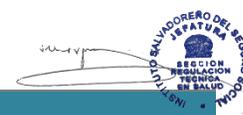
❖ **RUTA ASISTENCIAL DE PACIENTES DE CIRUGÍA GENERAL, GINECOLÓGÍA, ORTOPEDIA Y OFTALMOLOGÍA.** (ANEXO 4: RUTA ASISTENCIAL DE PACIENTES PARA PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICOS).

➤ **PROCEDIMIENTOS DE ENDOSCOPIAS.**

- a) Recepcionista y Coordinación de Enfermería del Servicio del Consultorio del Especialidades, revisarán los listados de pacientes programados para procedimientos diagnósticos y terapéuticos a más 30 días de la fecha de inicio del proyecto.
- b) El Jefe Médico del Servicio seleccionará los pacientes con bajo riesgo a los que se les haya programado endoscopia o colonoscopia.
- c) Recepción contactará por vía telefónica a pacientes seleccionados para determinar si aceptan ser incluidos en el plan 100. Si el paciente acepta se le asignará una nueva cita en los días y horas descritos y brindará las recomendaciones pertinentes.
- d) Recepcionista, solicitará al paciente a presentarse a retirar las recetas para su preparación.
- e) Archivo clínico preparará y enviará los expedientes de los pacientes del consultorio 24 horas antes. En caso de pacientes referidos de otros centros se les elaborará el día del procedimiento un expediente clínico.
- f) El día del procedimiento la recepcionista le confirma derecho.
- g) Enfermería prepara y orienta al paciente.
- h) Lic. de Anestesia y Médico Endoscopista le realiza entrevista y revisión del expediente clínico del paciente para clasificar el ASA y corroborar indicación médica antes de realizar el procedimiento.
- i) El médico realiza el procedimiento y entrega resultados del estudio a enfermera.
- j) Enfermera anexa una copia al expediente clínico, se brindan recetas si las necesita, nueva cita o referencias de acuerdo al resultado del estudio y luego se da el alta al paciente.

➤ **PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGÍA.**

- a) Recepcionista contactará a los pacientes incluir en el Plan 100, se asigna nueva fecha y hora del procedimiento.
- b) El día del procedimiento el paciente confirma derecho en recepción.
- c) Enfermería prepara a los pacientes y área para estudios.
- d) El medico realiza entrevista y ecocardiograma, digita, imprime, firma y sella el reporte del estudio y entrega a recepcionista el original y copia del estudio.
- e) Recepcionista entrega estudio a paciente, envía copia al archivo clínico y se despacha al paciente.



VI. UNIDADES VALORATIVAS.

56. Para todos los centros de atención incorporados en esta estrategia, la modalidad de contratación será por compra de servicios mediante procedimientos médico-diagnósticos y terapéuticos, cuyo pago de médicos será a través de unidades valorativas (UV), según la siguiente tabla 6.

TABLA 6. UNIDADES VALORATIVAS POR PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS.

| N° | NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO. | UNIDAD VALORATIVA(UV) | |
|----|---------------------------|-----------------------|----------|
| | | TITULAR | AYUDANTE |
| | | | |

| | | | |
|----|---|-------|------|
| 1 | Esterilización Quirúrgica por Laparoscopia, Colocación de TOT e Histeroscopías. | 6 UV | N/A |
| 2 | Ecocardiograma | 4 UV | N/A |
| 3 | Colonoscopias y Endoscopias | 6 UV | N/A |
| 4 | Colecistectomía por Videolaparoscopia, Safenectomía o Hernia Inguinal. | 8 UV | 4 UV |
| 5 | Laparoscopia Operatoria. | 6 UV | 4 UV |
| 6 | Anestesiólogo en Cirugía General o Ginecológica. | 6 UV | N/A |
| 7 | Anestesiólogo en Cirugía Ortopédica de Cadera. | 7 UV | N/A |
| 8 | Histerectomía abdominal total, vaginal total y laparotomías. RAP, TOT + RAP, TOT + RA. (Incluye nota post operatoria) | 8 UV | 4 UV |
| 9 | Cirugías de Cataratas por FACO. | 8 UV | N/A |
| 10 | Cirugía de Cadera. | 10 UV | 7 UV |

NOTA: Enfermeras Generales, Enfermeras Auxiliares, Licenciada de Anestesia y Técnico de Arsenal (donde no se haya asignado plaza) el pago de servicios profesionales será según acuerdo D.G. 2019-08-0381.

VII. CLASIFICACIÓN DE RIESGO.

❖ ESTRATEGIA DE TRIAGE MÉDICO-QUIRÚRGICO.

57. La estrategia Triage constará de 5 niveles de prioridad, atribuyéndole a cada una de estas categorías niveles, un color y de acuerdo a éste un tiempo estimado de atención. La implementación de la estrategia Triage se realizará tomando en cuenta las condiciones y características propias de cada centro de atención.
58. Los determinantes generales para clasificar a un paciente por categorías serán los siguientes: Existencia de riesgo vital, dolor, hemorragia, alteración en el nivel de conciencia, temperatura elevada y agudeza de la afección (tiempo de evolución).
59. Los niveles de prioridad de la estrategia Triage Médico-quirúrgico (*) son los siguientes:

TABLA 5. TRIAGE MÉDICO-QUIRÚRGICO.

TRIAJE MEDICO-QUIRURGICO

Nivel 1 (Color Rojo)

Paciente con emergencia vital o con riesgo vital evidente, en situación que amenaza la vida o con riesgo de pérdida de una extremidad u órgano.

Tiempo de atención por médico y enfermera: **Atención inmediata.**

Nivel 2 (Color Naranja)

Paciente con estabilidad ventilatoria, hemodinámica y neurológica, cuyo problema representa un riesgo de inestabilidad o complicación.

Tiempo estimado de atención por médico: **Entre 15 y 45 minutos.**

Nivel 3 (Color Amarillo)

Paciente con estabilidad ventilatoria, hemodinámica y neurológica sin riesgo evidente de inestabilidad o complicación inmediata.

Tiempo estimado de atención por médico: **Entre 45 y 120 minutos.**

Nivel 4 (Color Verde)

Paciente con afección no urgente.

Tiempo estimado de atención por médico: **Igual o mayor de 120 minutos.**

Nivel 5 (Color Azul)

Paciente con afección no urgente de carácter ambulatorio.

Tiempo estimado de atención por médico: Este paciente puede ser referido a la consulta externa de cualquier centro de atención, para su manejo de carácter ambulatorio.

(*) Niveles de Clasificación de la Manchester System Triage con modificaciones de expertos institucionales del área.

❖ ESTRATEGIA TRIAGE GINECO-OBSTÉTRICO.

60. En el caso de las pacientes con patologías Gineco-obstétricas en las áreas de emergencia donde éstas fueran evaluadas por especialistas del área específica, médicos familiares o médicos generales, se aplicará el sistema de triage con 3 categorías o niveles.
61. Los determinantes para clasificar el nivel de riesgo de las pacientes con patologías Gineco-obstétricas serán: Riesgo vital materno o fetal, edad gestacional, dolor, hemorragia, alteración en el nivel de conciencia, temperatura elevada y agudeza de la afección (tiempo de evolución).
62. Los niveles de prioridad de la estrategia Triage para pacientes Gineco-obstétricas (*) son los siguientes:



TABLA 6. TRIAGE GINECO-OBSTETRICO.

TRIAJE GINECO-OBSTETRICO.

Nivel 1 (Color Rojo)

Paciente de emergencia con riesgo vital materno o fetal evidente.

Tiempo de atención por médico y enfermera: **Atención inmediata.**

Nivel 2 (Color Amarillo)

Paciente en trabajo de parto o con compromiso hemodinámico materno o fetal primario o secundario a patología médica concomitante.

Tiempo estimado de atención por médico: **Entre 30 y 120 minutos.**

Nivel 3 (Color Verde)

Paciente sin compromiso hemodinámico o con patología Gineco-obstétrica de menor complejidad, que puede ser referido a consulta externa.

Tiempo estimado de atención por médico: **Igual o mayor a 120 minutos.**
(*) Consenso de expertos institucionales del área.

❖ ATENCIÓN MÉDICA EN EMERGENCIA.

63. El médico de emergencia establecerá un diagnóstico sindrómico, específico o por síntoma a través de la consulta médica y apoyándose, en los casos que así lo requieran, de las pruebas de laboratorio y gabinete respectivas disponibles a nivel institucional, de manera específica según la sospecha.
64. Una vez establecido el diagnóstico, el médico tratante deberá categorizar al paciente de acuerdo a su estado, a fin de brindar el tratamiento idóneo, que incluya la mejor decisión de continuidad terapéutica. El tratamiento definido podrá incluir indicaciones farmacológicas y no farmacológicas y dentro de estas últimas podemos mencionar las diferentes salidas al proceso de atención, donde el paciente podrá ser derivado desde la emergencia hacia:
 - a. Domicilio (Alta).
 - b. Traslado a emergencia de mayor nivel de complejidad.
 - c. Ingreso a Máxima Urgencia, área de observación, servicios de hospitalización, sala de operaciones y área de labor de parto.
 - d. Referencia a medicina general o especialidad de la consulta externa del propio establecimiento.
 - e. Referencia a medicina general, especialidad o subespecialidad de la consulta externa de otro centro de atención, donde se ofrezcan las atenciones requeridas para el manejo del paciente.
 - f. Referencia a otras áreas o servicios no listados anteriormente y que se encuentren disponibles en el propio centro de atención o en otro de la red institucional.
 - g. Referencia al centro de atención de la red del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MINSAL) cuando el paciente no sea asegurado, posterior a su manejo inicial y estabilización de sus constantes vitales y hemodinámicas.

❖ CONSULTA EXTERNA.

65. Recepción podrá agendar a los pacientes “código azul” de Emergencia o “código verde” de Gineco Obstetricia en una cita concertada en los centros de atención con apertura de consulta externa (fines de semana y festivos) o en las unidades médicas y clínicas comunales de lunes a viernes.
66. El médico tratante de consulta externa definirá la atención a brindar de acuerdo a la clasificación de riesgo del paciente (con diagnóstico establecido) según consenso de expertos:

- a. Riesgo Grave (Rojo).
- b. Riesgo Moderado (Amarillo).
- c. Riesgo Leve (Verde).

VIII. PLAN DE GESTIÓN DE AGENDAS MÉDICAS.

67. Para la implementación de la gestión de la agenda médica se deberá considerar lo siguiente:
- a) El Jefe de Archivo o Designado por el Director del Centro será el responsable de la administración del sistema de agenda médica. Este en coordinación con el Gestor de la Agenda (Integrante del equipo Mesogestor) administrará (planifica, organiza, verifica, entre otros) garantizando la correcta y oportuna configuración de los horarios y cupos de los médicos designados para la atención de pacientes en medicina general en horario no tradicional (sábado, domingo y días festivos de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.). Además, efectuará los cambios u otra acción como creación y configuración de agendas, bloqueos, migración de pacientes de acuerdo a lo que establezca el Gestor de la agenda.
 - b) El Gestor de la agenda, será designado por la Dirección (del personal médico del grupo de turno), rol que deberá quedar consignado en la programación de turnos. Estará a cargo de verificar la asignación de cupos a los diferentes médicos, a fin de garantizar el rendimiento de 4 pacientes por hora, y el cumplimiento de la agenda medica al menos 80% según formato establecido.
 - c) Recepcionista: confirmará asistencia de paciente y otorgará cita y cupos a condición (sin cita previa).
68. Previo al inicio de la implementación del Plan 100, el director o designado local en cada centro de atención deberá realizar:
- a) Diagnóstico de situación del comportamiento de la agenda médica y agenda de servicios de apoyo en los centros de atención.
 - b) Medir cada semana el comportamiento de la agenda, comunicándolo a los profesionales implicados a través del Micro gestor de Agenda por cada cabeza de red definido para este fin.
 - c) Analizar semanalmente el comportamiento de la agenda.
 - d) Aplicar medidas correctivas enfocadas en área de archivo en coordinación con área de emergencia.
69. Todo paciente que consulte en la unidad de emergencia se ingresará al sistema de emergencia en donde se generará comprobante de consulta y se clasificará a través de la preselección y aplicación de riesgo según Manchester.
- a) Todo paciente clasificado con prioridad NO URGENTE (Azul) se derivará a la Consulta Externa por dos vías:
 - i. Si será atendido en el mismo centro de atención y el mismo día, se registrará en el Sistema de Agenda Médica en la opción de Cupos por Hora, sin generar comprobante de cita.
 - ii. Si será atendido en el mismo centro o en un centro de la red, en una fecha posterior, se registrará en el Sistema de Agenda Médica en la opción de Otorgamiento de Citas y se le entregará el Comprobante de Cita que indica centro de atención, fecha, hora, especialidad y médico, sin que exceda 72 horas.
 - b) Tener presente que la atención en consulta externa en horario regular de lunes a viernes se mantendrá igual, monitoreando la lista de espera y demanda de pacientes, cumpliendo los horarios ya establecidos, así como el rendimiento médico.

Nota. Para el otorgamiento de citas en el Sistema de Agenda Médica de los pacientes priorizados con color azul, se contará con un recurso de recepcionista que estará ubicada en el Servicio de Emergencia. Se dispondrá de una computadora con su respectivo UPS y un impresor matricial de uso exclusivo para



el otorgamiento de citas en el sistema de agenda médica de consulta externa, lo anterior con el fin de NO retrasar la atención del paciente en cada una de las atenciones.

70. La Gestión del Sistema de Agenda médica para la atención de pacientes en horarios no tradicionales:
- a) Todo paciente derivado de la unidad de emergencia, clínica empresarial, centro de atención de la red y/o captado de visita domiciliar con cita programada, será atendido durante la jornada de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. en fines de semana y días festivos.
 - b) Todo paciente que accede a la consulta externa de medicina general por demanda espontánea bajo los siguientes escenarios:
 - i. Paciente que consulta para prescripción de medicamento, se otorgará cupo con médico según rol de turnos, quien registrará la atención médica en donde evaluará a través de una interconsulta y/o referencia hacia una especialidad según criterios de riesgo y cumpliendo la regulación vigente (cita en menos de 30 días).
 - ii. Para el registro de las atenciones de Consulta Externa en el Sistema de Agenda Médica, en horarios no tradicionales, en jornada de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. en fines de semana y días festivos, se contará con recurso de recepción en las ventanillas de Consulta Externa.
 - c) El Gestor de Agenda Médica elaborará programación de rotación de turnos en horarios no tradicionales (fines de semana y días festivos) de la siguiente forma:
 - i. Disponer de un equipo de médicos a fin de cumplir con el rol de turnos de 2 médicos generales y 1 médico de familia de 12 horas por cada fecha. Tomar en cuenta que la programación a enviar será en función de 6 meses iniciado el proyecto.
 - ii. El Director enviará el listado de médicos generales y médicos de familia según rol de turnos a Jefe de Archivo, Gestor de Agenda, TIC para la configuración local de las agendas de cada médico. Tener claro que la lista y la programación de 6 meses deberá ser remitido con una semana de antelación al inicio del proyecto, teniendo en cuenta que deberá contar con el Número de empleado y firma electrónica.
 - iii. Al momento de programar citas por médico se asignarán los cupos respetando la programación de turnos, a fin de evitar programar citas con Médicos ausentes, en este caso se aplica para el resto de médicos no programados el bloqueo de agenda.
 - iv. Dentro del rol de turnos el Director asignará el Rol de gestor de agenda a uno de los Médicos

Nota aclaratoria: Deberá considerar que los médicos deben disponer de tiempo para trabajar los días feriados propios del ISSS.



IX. GESTIÓN DEL PLAN 100.

71. Cada componente del Plan 100, poseerá un “Macrogestor”, provenientes de la División Políticas y Estrategias en Salud o División de Evaluación de la Calidad, nombrados por la Subdirección de Salud. (Ver Anexo 5. FUNCIÓN DE MACRO, MESO Y MICRO GESTORES)
72. El Director del Centro de Atención Cabeza de Red es el “Mesogestor”, de acuerdo a esta normativa, quienes se apoyarán con el personal de salud calificado, quienes tendrán el Apoyo de Equipo de Técnicos de la División Políticas y Estrategias en Salud, División de Evaluación de la Calidad, quienes se coordinarán con el Micro gestor y Macro gestor.

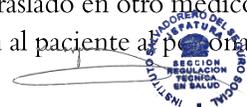
El Director del centro de atención que implemente la compra de servicios profesional, deberá nombrar un “Microgestor” del personal más calificado de los servicios clínicos dentro de cada uno de los componentes del plan 100, quienes en coordinación con personal de salud, garantice la calidad y oportunidad del servicio brindado. La Subdirección de Salud a través del “Macrogestor”, Mesogestor o la persona delegada, darán seguimiento periódico a la calidad del servicio, productividad y oportunidad de la provisión del servicio de salud en los centros de atención donde se aplique el “Plan 100”.

73. La Subdirección de Salud, a través Mesogestor o la persona delegada, aplicará los mecanismos de control a profesionales de la salud con el fin de verificar la ejecución de la prestación de sus servicios en el tiempo pactado en el contrato.
74. Todo profesional médico contratado, deberá presentar un registro de los pacientes atendidos, obtenido del Sistema de Emergencia, el cual deberá entregar a las autoridades competentes. De igual forma el designado deberá rendir un informe al Mesogestor o la persona delegada, de las incidencias durante el período de contratación de servicios.
75. El incumplimiento de las obligaciones pactadas en esta norma, estarán según lo estipulado en los contratos y acuerdos de Consejo Directivo y Dirección General. La sanción o terminación del contrato estará sujeto a “No Satisfacción a la Prestación de Servicios del Contratado”. Dicha terminación será gestionada por el Director local ante la División de Evaluación de la Calidad de la Salud y de ésta, ante la Dirección General.

X. RESPONSABILIDADES DE PROFESIONALES DE LA SALUD.

76. El Director o designado del centro de atención, será responsable de programar los turnos de profesionales contratados por días (sábado, domingo o feriado), procedimientos diagnósticos, quirúrgicos o terapéuticos, de acuerdo a la modalidad de contratación.
77. El Director o designado, coordinará con médicos de referencia e interconsulta, departamento o servicios quirúrgico, servicios clínico-diagnóstico y exámenes de laboratorio o gabinete, correspondientes a los centros de atención de la red o referencia nacional, de acuerdo al portafolio de servicios definidos en el Plan 100.
78. El profesional médico contratado, proporcionará sus servicios clínicos en el área asignada, la cual dependerá de una programación dada a conocer previamente. En virtud de la naturaleza de los servicios que prestará el médico, no deberá abandonar el servicio, sin previo conocimiento del responsable delegado por el director local.
79. Los profesionales de la salud, independientemente de la modalidad de contratación, deberá respetar y cumplir con la programación de turnos sean estos los días no tradicionales, horarios o procedimientos diagnóstico, quirúrgicos o terapéuticos. En caso de no asistir o realizar el turno o procedimiento requerido, deberá comunicar con al menos 5 días de anticipación al responsable, justificar su inasistencia por la vía de comunicación institucionalmente aprobada y coordinar el médico que le sustituirá.

80. En caso de emergencias que el médico programado no pueda asistir será responsabilidad del coordinador de turno gestionar la presencia de otro profesional y dejar por escrito en el reporte de incidencias correspondiente. Además, deberá migrar a los pacientes a un nuevo médico tratante.
81. Los profesionales de salud contratados, atenderán las indicaciones específicas de los coordinador de turno, quienes tendrán la obligación, mientras dure la relación laboral:
- a) Respetar y cumplir con el rol correspondiente de trabajo en las diferentes modalidades de contratación señaladas en este lineamiento normativo.
 - b) Reportarse con el responsable y atender las interconsultas durante el tiempo que prestará su servicio profesional, las áreas y pacientes que se le asignen.
82. El profesional de salud, según corresponda, deberá coordinar con el personal médico, paramédico y Médicos Residentes, si aplica, la atención integral que se brinde a los derechohabientes, de acuerdo a las normas, guías de manejo y manuales institucionales, según nivel de atención.
83. El médico tratante, deberá notificar al gestor o responsable designado sobre los procedimientos pendientes de realizar a los pacientes, justificando en el expediente clínico la razón por la que no se realizaron.
84. El médico tratante, será responsable de definir y dar continuidad al plan de diagnóstico y tratamiento de cada caso, de acuerdo al ámbito de su competencia, cumpliendo toda la regulación vigente que le aplique directa e indirectamente en el cumplimiento de sus responsabilidades.
85. El médico tratante, independientemente a la modalidad de contratación, en cuyo centro de atención no posea la capacidad instalada necesaria para realizar atenciones médicas o determinado procedimiento, deberá referir o derivar al paciente al centro de atención que si lo posea. (Ver Norma de Referencia, Retorno e Interconsulta del ISSS, vigente).
86. El médico tratante, que requiera referir a un paciente a otro centro de atención de mayor complejidad, será el responsable de estabilizar al paciente durante el traslado; dependiendo de la gravedad, lo acompañará y entregará a otro médico que se hará responsable del mismo. Si el profesional es único en la especialidad o en el área asignada, podrá delegar el cuidado del paciente durante el traslado en otro médico o personal de salud idóneo designado por el profesional contratado, quien entregará al paciente al personal de emergencia o servicio clínico donde ha sido referido.
87. El médico tratante, deberá cumplir con la prestación del servicio a los pacientes asignados, recibirá a los pacientes en control y los planes de manejo respectivos; así como los procedimientos pendientes de realizar; dejando evidencia de lo anterior en los expedientes clínicos respectivos.
88. El médico tratante, deberá indicar los exámenes de laboratorio y gabinetes utilizando los formatos existentes, estos estarán indicados de acuerdo al portafolio de servicios.
89. El médico tratante, a todo paciente con una adecuada resolución del motivo de referencia médica, se le dará el alta.



90. El Personal de Salud deberá ser respetuoso con el derechohabiente y sus familiares, así como guardar la debida presentación profesional y personal.



XI. INDICADORES.

LÍNEA ESTRATÉGICA 1.

AMPLIACIÓN A 24 HORAS, 7 DÍAS A LA SEMANA, DE LOS HORARIOS DE EMERGENCIA EN 3 CENTROS DE ATENCIÓN DEL ÁREA METROPOLITANA DE SAN SALVADOR

INDICADORES PARA EL MONITOREO Y SEGUIMIENTO.

| NOMBRE DEL INDICADOR. | MÉTODO DE CÁLCULO. |
|--|---|
| 1. Porcentaje Consultas de Emergencia. | Número de Consultas Totales de Emergencia / Número de consultas Totales del Centro de Atención x 100 |
| 2. Porcentaje Consultas Emergencia Pediátrica. | Número de Consultas Totales de Emergencia Pediátrica / Número Total de consultas de Emergencia x 100 |
| 3. Porcentaje Consultas Emergencia Adulto. | Número de Consultas Totales de Emergencia Adulto / Número Total de Consultas de Emergencia x 100 |
| 4. Porcentaje de pacientes atendidos por prioridad. | Número de Atenciones por prioridad / Total de atenciones brindadas X 100 en el período de tiempo determinado |
| 5. Promedio de prescripciones de medicamento por cada 100 consultas. | Cantidad total de recetas prescritas en Emergencia en el periodo/Número de consultas de Emergencia del periodo X 100 |
| 6. Promedio de exámenes de laboratorio indicados por cada 100 consultas. | Cantidad total de exámenes indicados en Emergencia en el periodo/ Número de consultas de Emergencia del periodo X100 |
| 7. Promedio de exámenes radiológicos indicados por cada 100 consultas. | Cantidad total de exámenes indicados en Emergencia en el periodo/Número de consultas de Emergencia del periodo X100 |
| 8. Porcentaje de referencias emitidas en Emergencia. | Numero de referencias emitidas por los centros de atención en la Emergencia / Número total de pacientes atendidos en emergencia X 100 |

LÍNEA ESTRATÉGICA 2.

EXTENSIÓN DE LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA GENERAL Y FAMILIAR, EN HORARIOS NO TRADICIONALES, EN 7 CENTROS DE ATENCIÓN A NIVEL NACIONAL.

INDICADORES PARA EL MONITOREO Y SEGUIMIENTO.

| NOMBRE DEL INDICADOR | MÉTODO DE CÁLCULO |
|---|--|
| 1. Porcentaje de consultas preventivas. | No. De consultas preventivas brindadas en horario no tradicional/Total de consultas preventivas brindadas en los 7 centros (redes y centros) X 100 |
| 2. Porcentaje de pacientes sin cita (Demanda espontanea) priorizados para consulta inmediata de medicina general. | Σ (Cantidad de pacientes a quienes se les concertó cita por demanda espontanea)/Total de pacientes de demanda espontanea X 100 |
| 3. Porcentaje de pacientes sin cita (Demanda espontanea) priorizados a quienes se les concertó cita para medicina de familia. | Σ (Cantidad de pacientes a quienes se les concertó cita por demanda espontanea)/Total de pacientes de demanda espontanea X 100 |
| 4. Oportunidad de cita primera vez medicina general. | (Día más próximo de cupo en agenda disponible - día en que se está solicitando la cita) |
| 5. Oportunidad de cita primera vez medicina Familiar. | (Día más próximo de cupo en agenda disponible - día en que se está solicitando la cita) |
| 6. Oportunidad de cita primera vez, según riesgo (Por colores). | (Día más próximo de cupo disponible en agenda disponible - Día en que se está solicitando la cita) |
| 7. Promedio de número de consulta brindada por hora médico. | Número de consultas brindadas/Número de horas laboradas X 100 |
| 8. Promedio de prescripciones de medicamento por cada 100 consultas | Cantidad total de recetas prescritas en el periodo/Número de consultas del periodo X 100 |
| 9. Promedio de exámenes de laboratorio indicados por cada 100 consultas. | Cantidad total de exámenes indicados en el periodo/ Número de consultas del periodo X100 |
| 10. Promedio de exámenes radiológicos indicados por cada 100 consultas. | Cantidad total de exámenes indicados en el periodo/Número de consultas del periodo X100 |
| 11. Porcentaje de referencias atendidas entre centros de atención de la Red. | Numero de referencias atendidas en las 7 redes de Servicios de Salud/Número total de referencias realizadas por las 12 redes X100 |



LÍNEA ESTRATÉGICA 3.

ACORTAMIENTO DE CITAS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS BÁSICAS (MEDICINA INTERNA, CIRUGÍA GENERAL, GINECOLOGÍA Y PEDIATRÍA) EN 4 CENTROS DE ATENCIÓN.

INDICADORES PARA EL MONITOREO Y SEGUIMIENTO.

| NOMBRE DEL INDICADOR | MÉTODO DE CÁLCULO |
|---|--|
| 1. Oportunidad de cita primera vez por especialidad. | (Día más próximo de cupo en agenda disponible – día en que se está solicitando la cita) Sacar dato semanal. |
| 2. Porcentaje de pacientes por distintos tipo de riesgo de atención por especialidad. | Pacientes por color de riesgo/ total de pacientes citados X 100. |
| 3. Promedio de número de consulta brindada por hora médico. | Número de consultas brindadas/Número de horas laboradas X 100. |
| 4. Promedio de prescripciones de medicamento por cada 100 consultas. | Cantidad total de recetas prescritas en el periodo/Número de consultas del periodo X 100. |
| 5. Promedio de exámenes de laboratorio indicados por cada 100 consultas. | Cantidad total de exámenes indicados en el periodo/ Número de consultas del periodo X100. |
| 6. Promedio de exámenes radiológicos indicados por cada 100 consultas. | Cantidad total de exámenes indicados en el periodo/Número de consultas del periodo X100. |
| 7. Porcentaje de referencias atendidas entre centros de atención de la Red. | Numero de referencias atendidas por en las 7 redes de Servicios de Salud/Número total de referencias realizadas por las 12 redes X100. |

LÍNEA ESTRATÉGICA 4 Y 5.

ESTRATEGIA 4 Y 5: REDUCIR LOS TIEMPOS DE ESPERA PARA CIRUGÍA ELECTIVA Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPEÚTICOS.

INDICADORES PARA EL MONITOREO Y SEGUIMIENTO.

| ESTRATEGIA | NOMBRE DEL INDICADOR | FÓRMULA | META | FRECUENCIA DE MONITOREO |
|---|---|---|----------|-------------------------|
| 1. E4: Reducción de tiempos de espera para cirugías electivas de especialidades básicas (Cirugía general, ginecología) cirugía de cataratas y cadera) | Días de espera para Cirugía General o Ginecología. | Sumatoria de días de espera de pacientes programados para Cirugía General o Ginecología en periodo determinado/Total de Pacientes programados para un mismo período. | ≤30 días | Mensual |
| | Días de estancia Hospitalaria de pacientes con Cirugía de Cadera. | Sumatoria de número de días estancia hospitalaria de pacientes con fractura de cadera en Hospital General para un determinado periodo/Nº Pacientes con Diagnóstico de fractura de cadera ingresada en Hospital General para el mismo periodo. | ≤7 días | Mensual |
| | Días de espera para Cirugía de Cataratas. | Sumatoria de días de espera de los pacientes programados para cirugía de cataratas en periodo determinado/Nº de pacientes programados para cirugía de cataratas para ese mismo periodo. | ≤30 días | Mensual |
| 2. E5: Reducción de tiempos de espera para la realización de Endoscopías, Colonoscopías y Ecocardiograma. | Días de espera para Ecocardiograma, Endoscopías y Colonoscopía. | Sumatoria de días de espera para la fecha de la próxima cita por cada médico para un periodo determinado/Nº de médicos para un número determinado. | ≤30 días | Mensual |



OBSERVANCIA.

La vigilancia del cumplimiento de los presentes lineamientos será responsabilidad a la subdirección de salud a través de las áreas responsables de las mismas, según funciones.

INFRACCIONES Y SANCIONES.

Las infracciones y sanciones al incumplimiento de los presentes lineamientos normativos, en ámbito de su competencia, está tipificado en normativas legales vigentes.

DISPOSICIONES GENERALES.

Las disposiciones no contempladas en el presente lineamiento, serán consideradas por Subdirección de Salud a través Áreas afines, así mismo, por Directores, Administradores, Gerentes Médicos, Jefes de Servicios y Departamentos Clínicos-Diagnósticos, y ejecutadas por la Sección de Regulación Técnica en Salud.

El lineamiento está en relación directa con Contrato Colectivo de Trabajo, Norma Compra de Servicios Médicos, Norma de Organización Bloque Quirúrgico, Manual de Hospitales, Unidades Médica, entre otros documentos vigentes (ver Aspecto legal y Bibliografía).

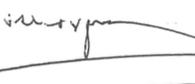
VIGENCIA.

EL LINEAMIENTO PLAN 100: AMPLIACIÓN DE HORARIOS DE SERVICIOS MÉDICOS EN EL ISSS. Entrará en vigencia a partir su oficialización y finalizará el 31 de diciembre de 2019.



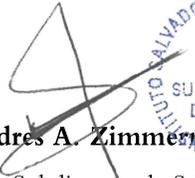
OFICIALIZACIÓN:

San Salvador, Septiembre de 2019


Dr. José Guillermo Vaquerano.
Jefe Sección Regulación Técnica en Salud.


Dr. David Jonathan Hernández Somoza.
Jefe Departamento Planificación Estratégica de Salud.


Dra. Ana Guadalupe Argueta.
Jefe División Políticas y Estrategias de Salud.


Dr. Andrés A. Zimmermann Mejía.
Subdirector de Salud.

XII. BIBLIOGRAFÍA.

Documentos normativos directamente relacionados con LINEAMIENTOS PLAN 100: AMPLIACIÓN DE HORARIOS DE SERVICIOS MÉDICOS EN EL ISSS.

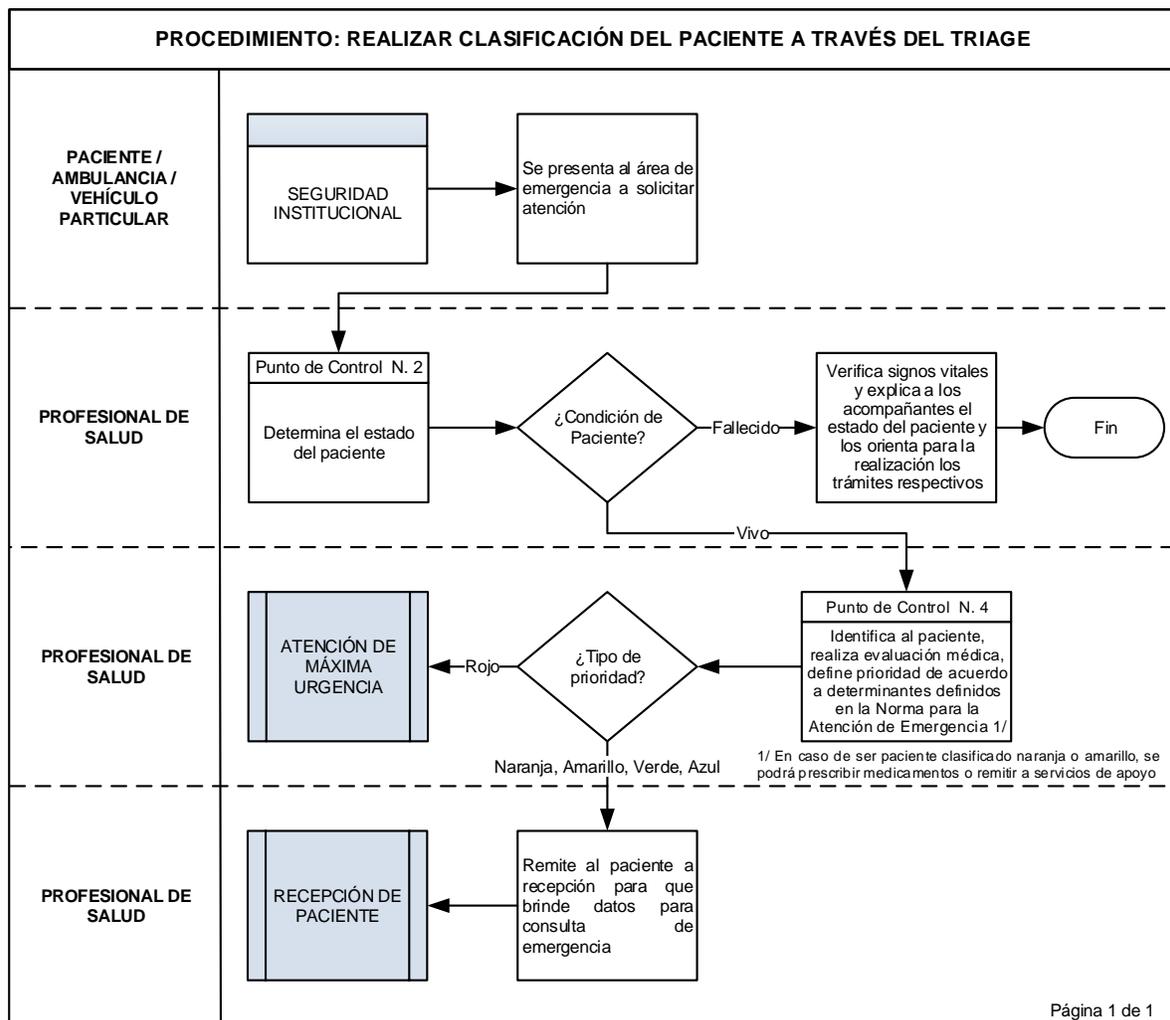
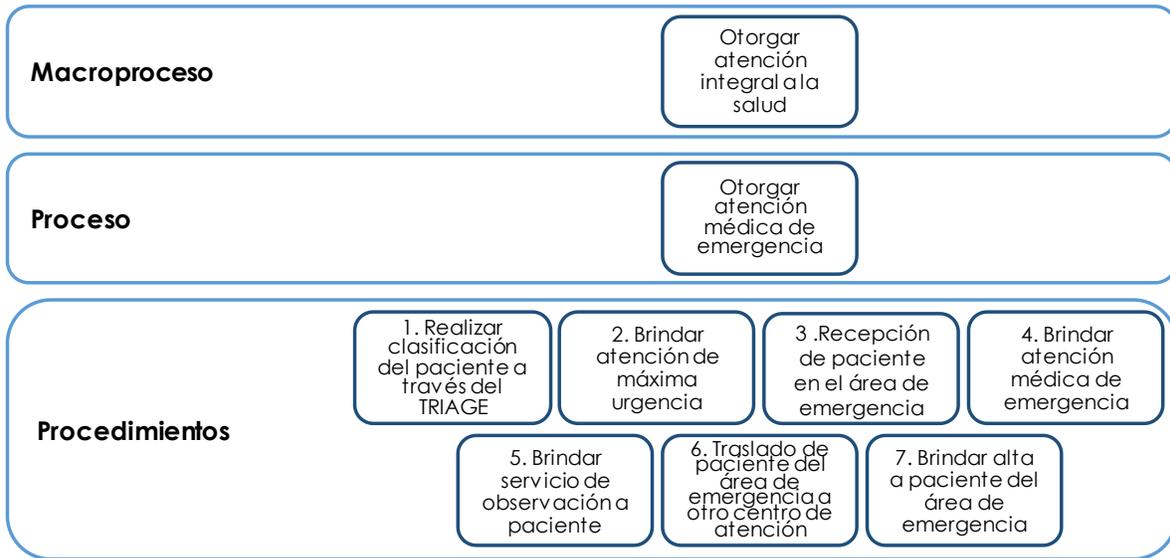
1. Línea Estratégica 1. Ampliación a 24 horas, 7 días a la semana, de los horarios de emergencia, en 3 centros metropolitanos.
2. Línea Estratégica 2. Extensión de la consulta externa de medicina general y familiar, en horarios no tradicionales, en 7 centros de atención a nivel nacional.
3. Línea Estratégica 3. Acortamiento de citas de especialidades médicas básicas, fortaleciendo la atención de 4 centros.
4. Línea Estratégica 4. Acortamiento de citas de especialidades médicas básicas, fortaleciendo la atención de 4 centros.
5. Línea Estratégica 5. Reducción de tiempos de espera en procedimientos y cirugías electivas de sub especialidades críticas (ortopedia, oftalmología, gastroenterología, cardiología)
6. Guía de Manejo Clínico de la Hipertensión Arterial del ISSS.
7. Norma para la Compra de Servicios Médicos Profesionales del ISSS.
8. Norma para el Expediente Clínico del ISSS.
9. Norma de Atención de Emergencias en el ISSS.
10. Norma para el Funcionamiento de la Cirugía Ambulatoria del ISSS.
11. Norma de Organización y Funcionamiento del Bloque Quirúrgico del ISSS.
12. Norma Atención Integral en Salud a la Mujer.
13. Norma para el Funcionamiento de la Cirugía Ambulatoria del ISSS
14. Norma de Cirugía Oftalmológica Ambulatoria en el ISSS.
15. Norma de Referencia y Retorno ISSS.
16. Normas y Procedimientos para la Evaluación Técnico-funcional de Personas con Discapacidad del ISSS.
17. Norma de Manejo Perioperatorio en Anestesiología del ISSS.
18. Normas y Procedimientos de Trabajo Social del ISSS.
19. Norma General de Enfermería del ISSS.
20. Norma General de Laboratorio Clínico del ISSS.
21. Manual de Normas y Procedimientos del Sistema de Atención de Salud Empresarial.
22. Manual de Organización, Funcionamiento y Lineamientos Normativos de Clinicas Metabólicas.
23. Lineamientos Normativos para la Atención de Emergencia y Hospitalización Pediátrica de Segundo Nivel de Atención del ISSS.
24. Listado Oficial de Medicamentos (LOM) ISSS.



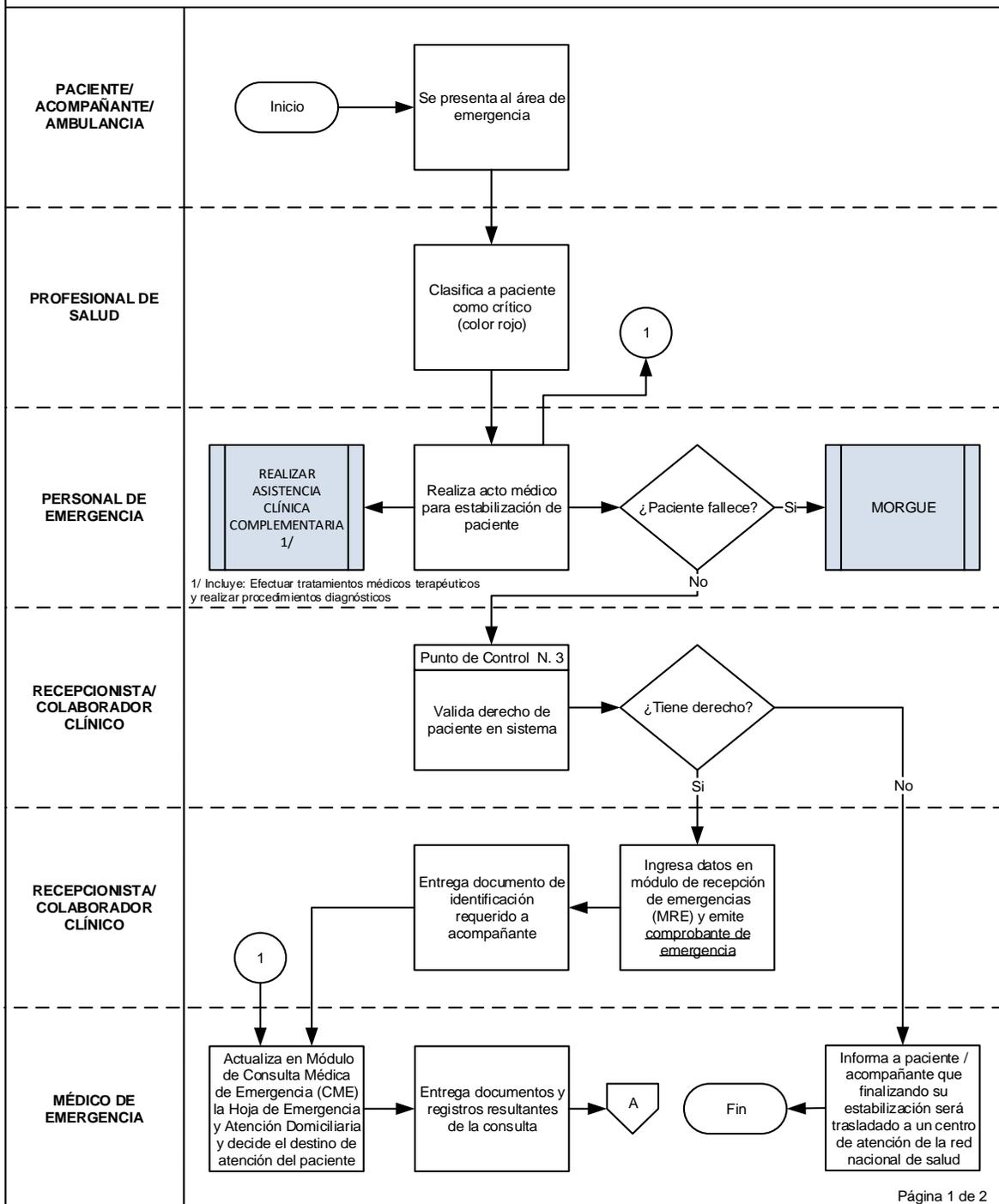
XIII. ANEXOS



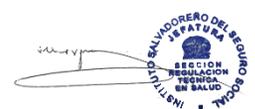
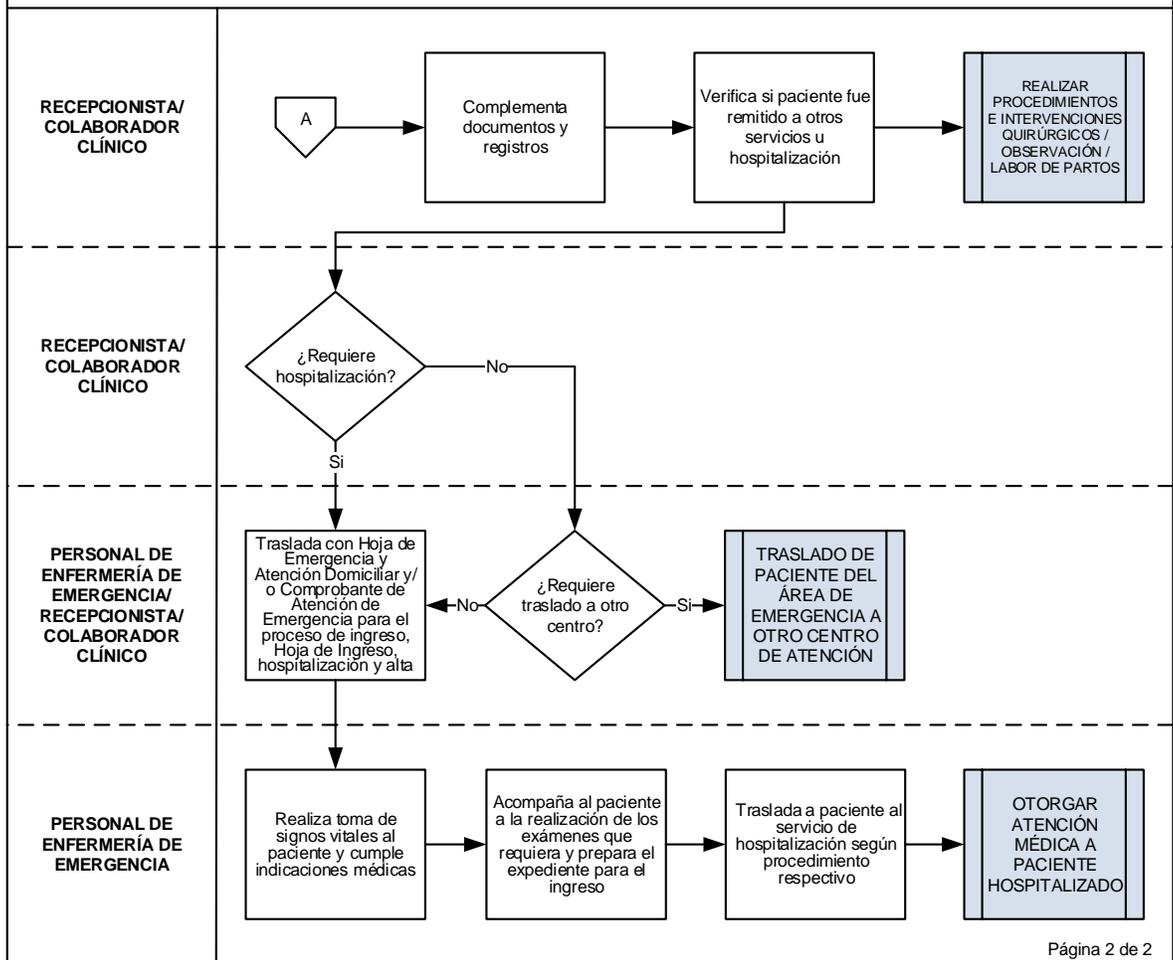
ANEXO 1. FLUJO GENERAL DEL SERVICIO DE EMERGENCIA.

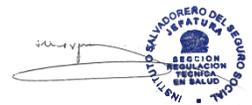
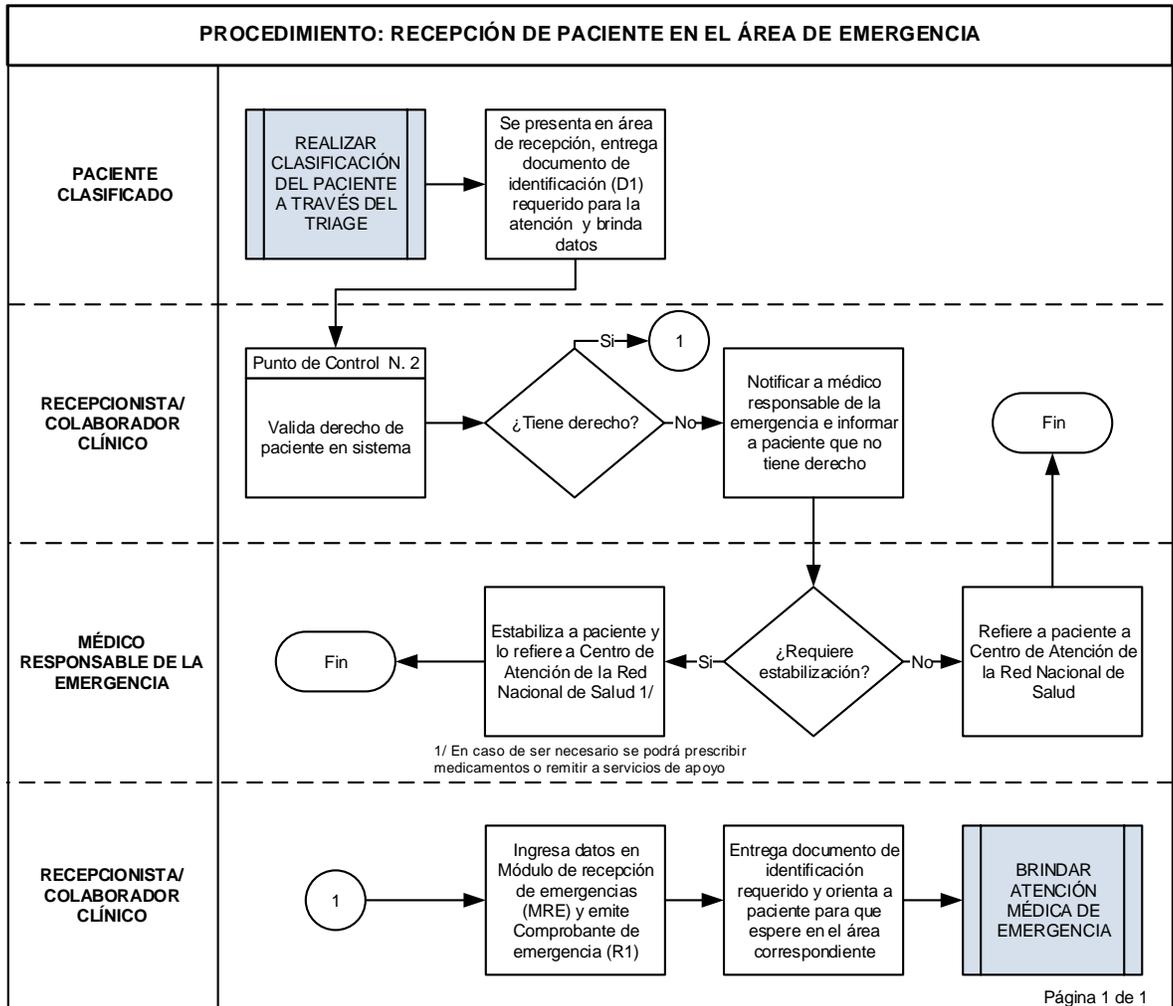


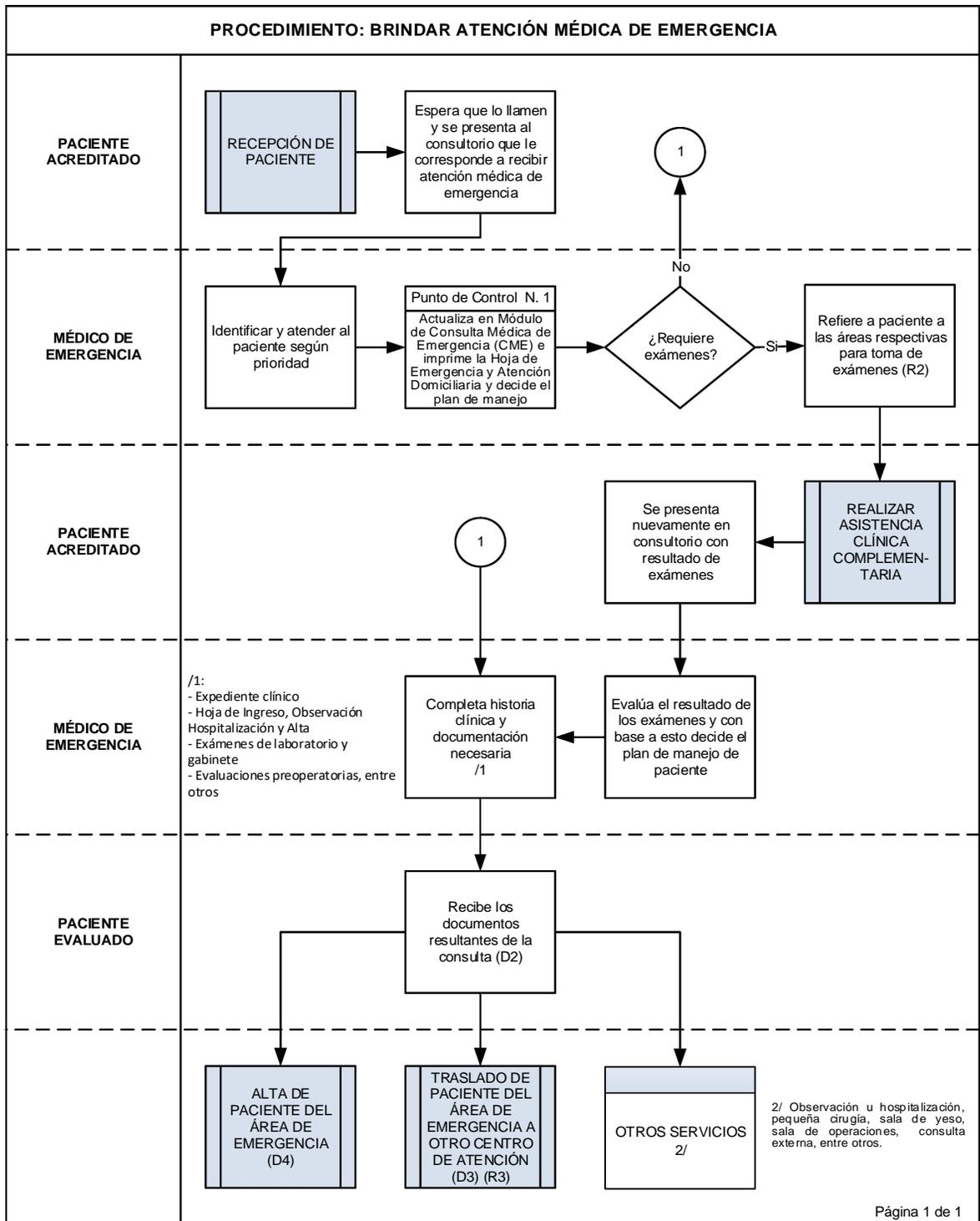
PROCEDIMIENTO: BRINDAR ATENCIÓN DE MÁXIMA URGENCIA



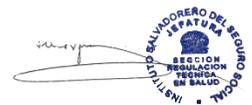
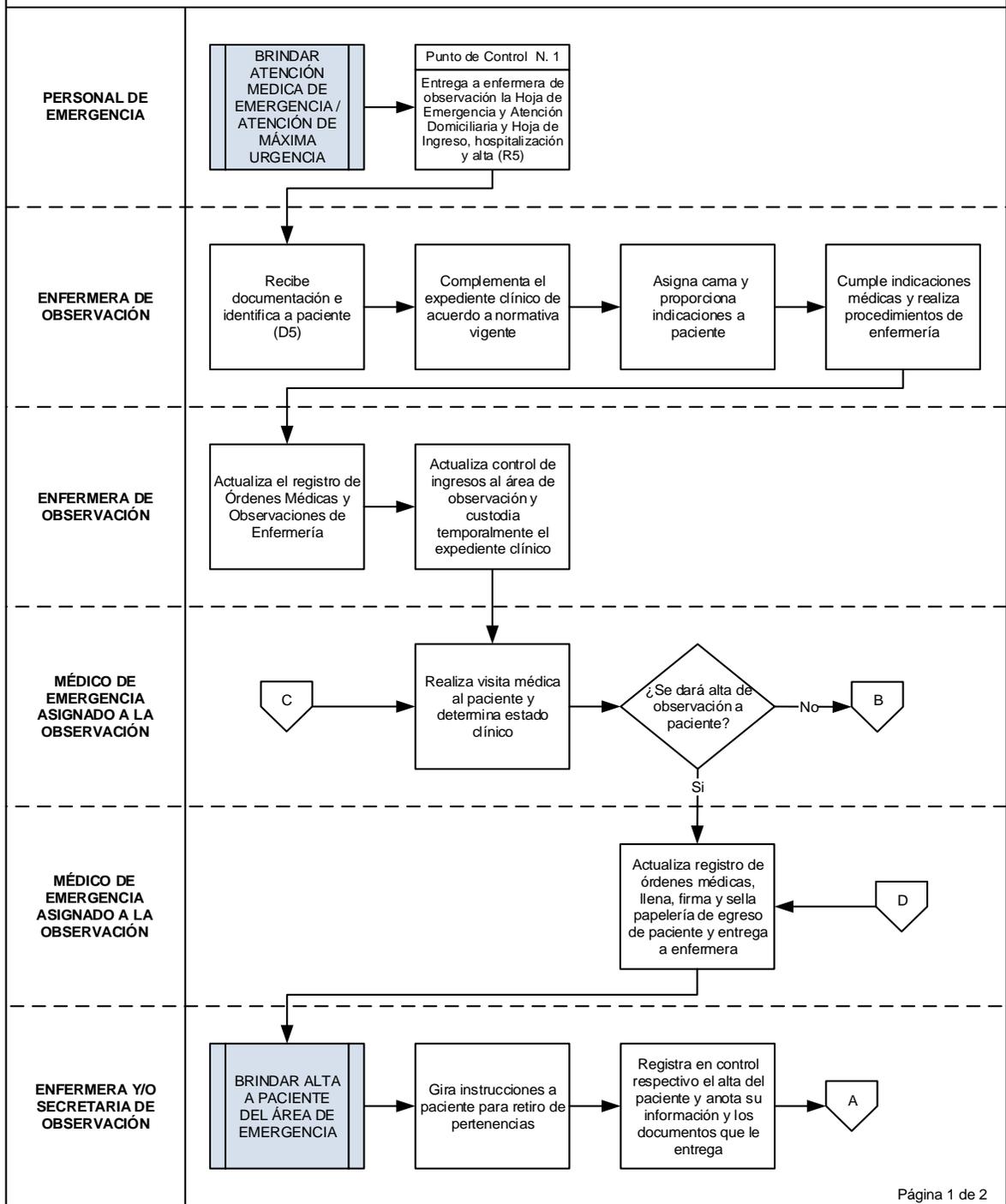
PROCEDIMIENTO: BRINDAR ATENCIÓN DE MÁXIMA URGENCIA



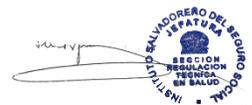
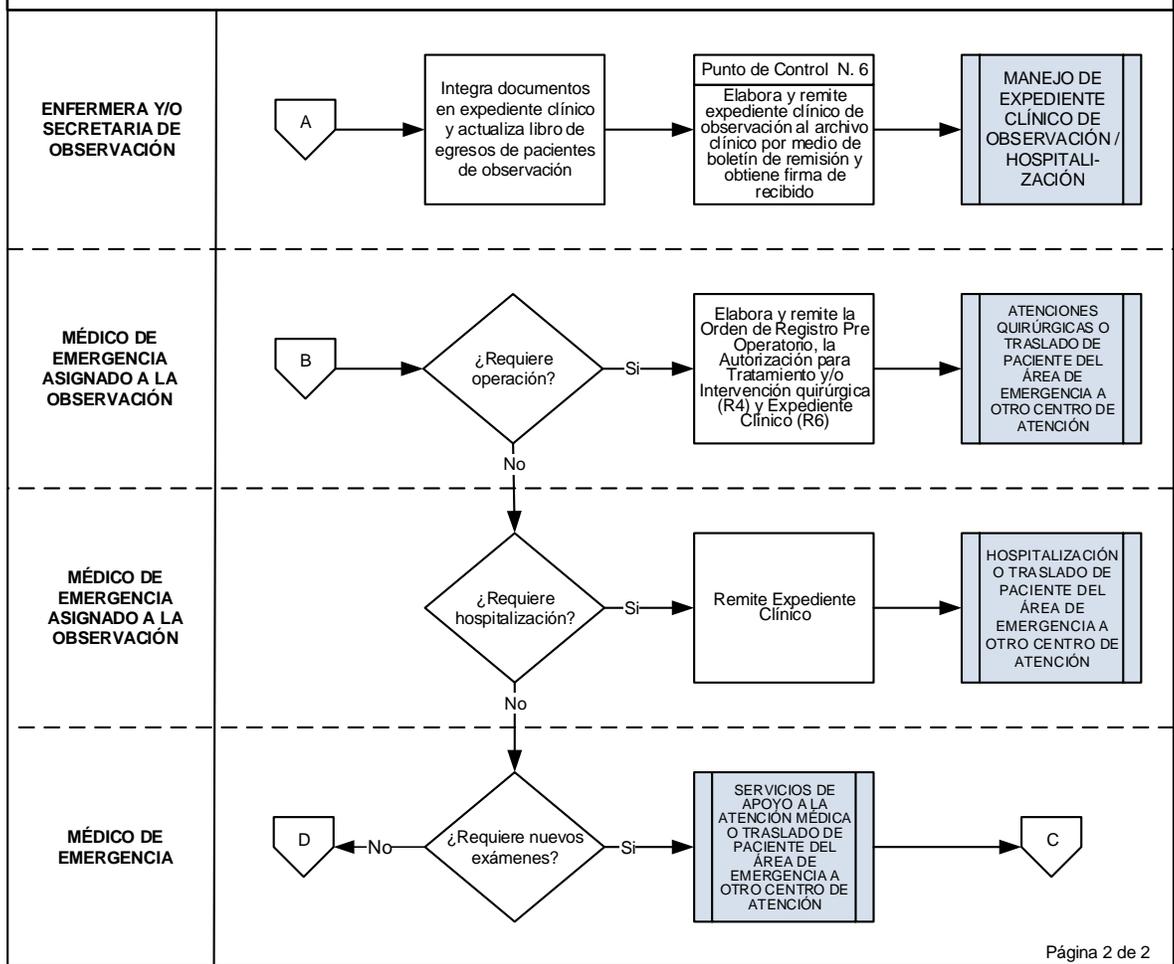


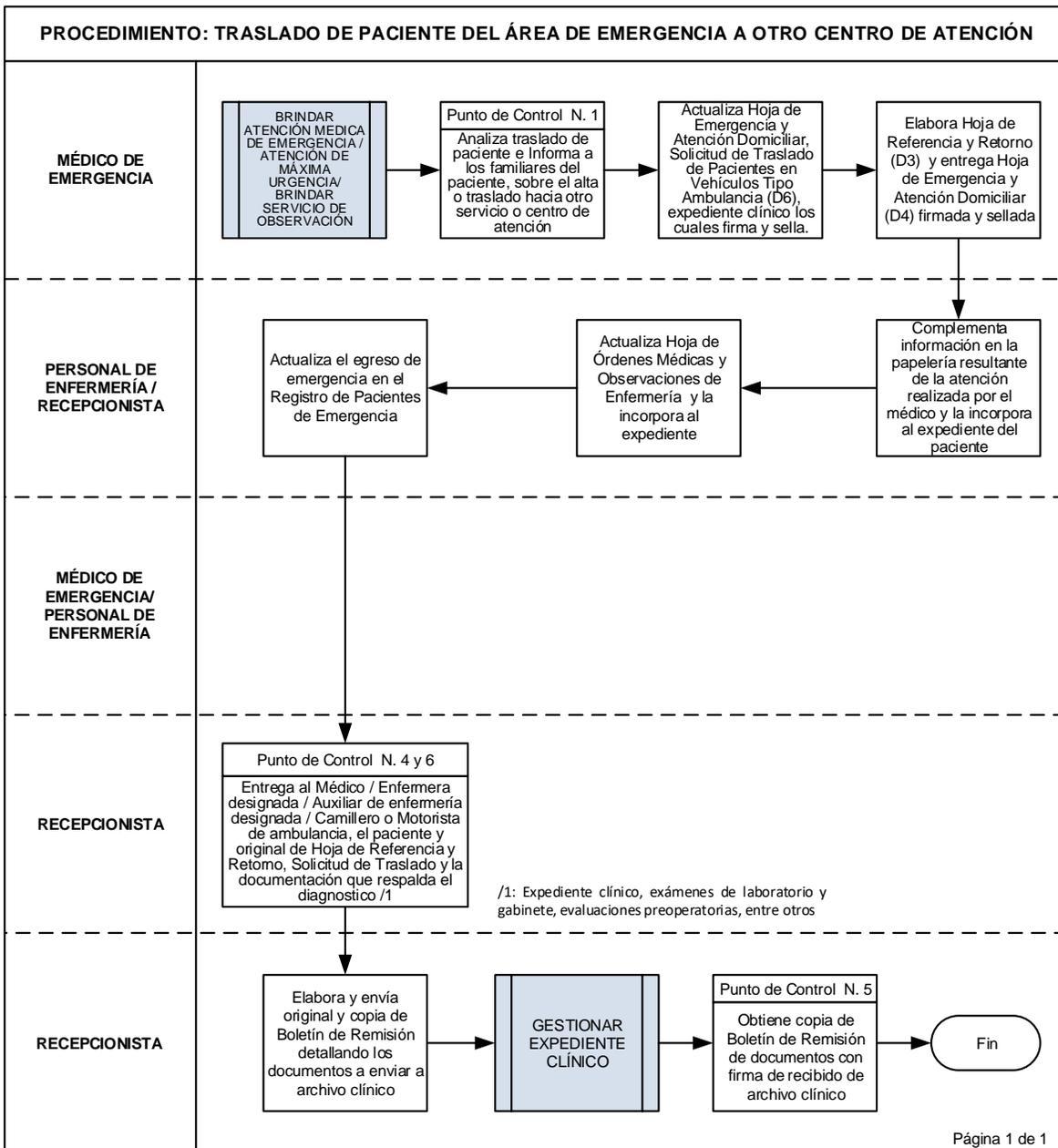


PROCEDIMIENTO: BRINDAR SERVICIO DE OBSERVACIÓN A PACIENTE

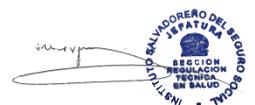
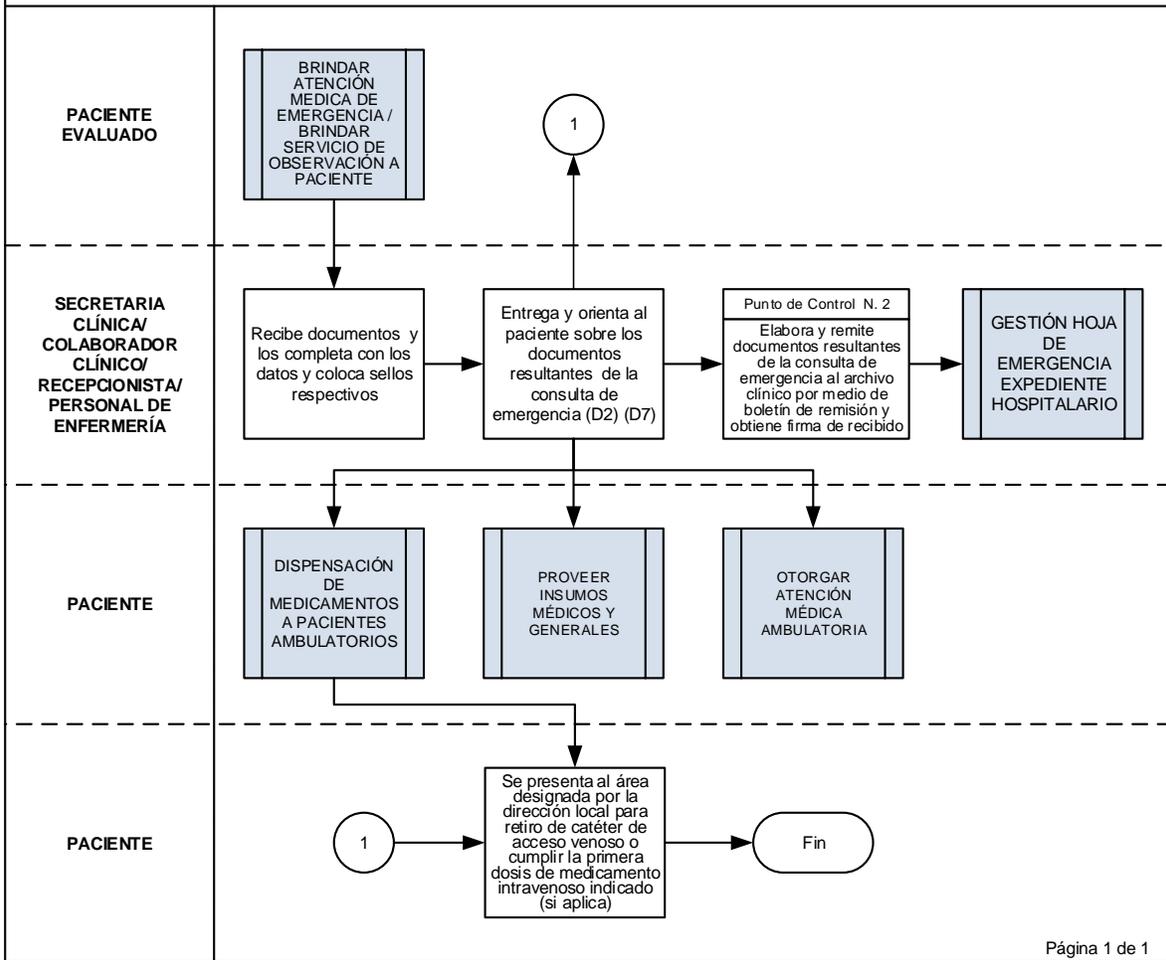


PROCEDIMIENTO: BRINDAR SERVICIO DE OBSERVACIÓN A PACIENTE

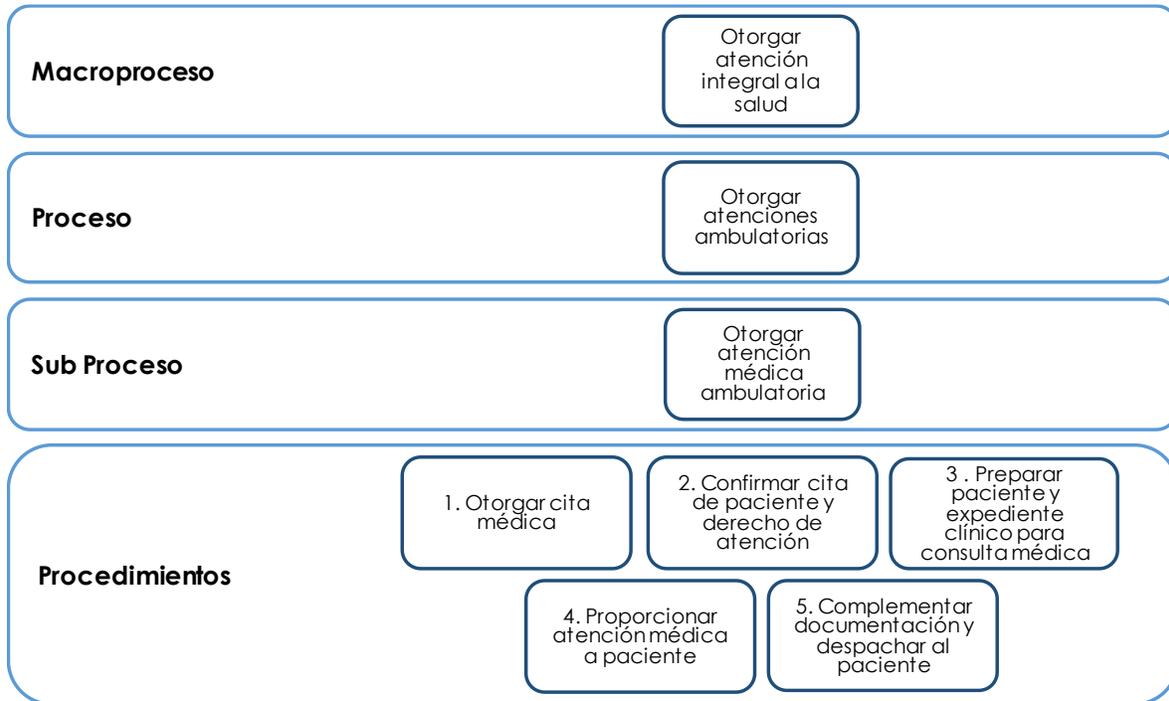


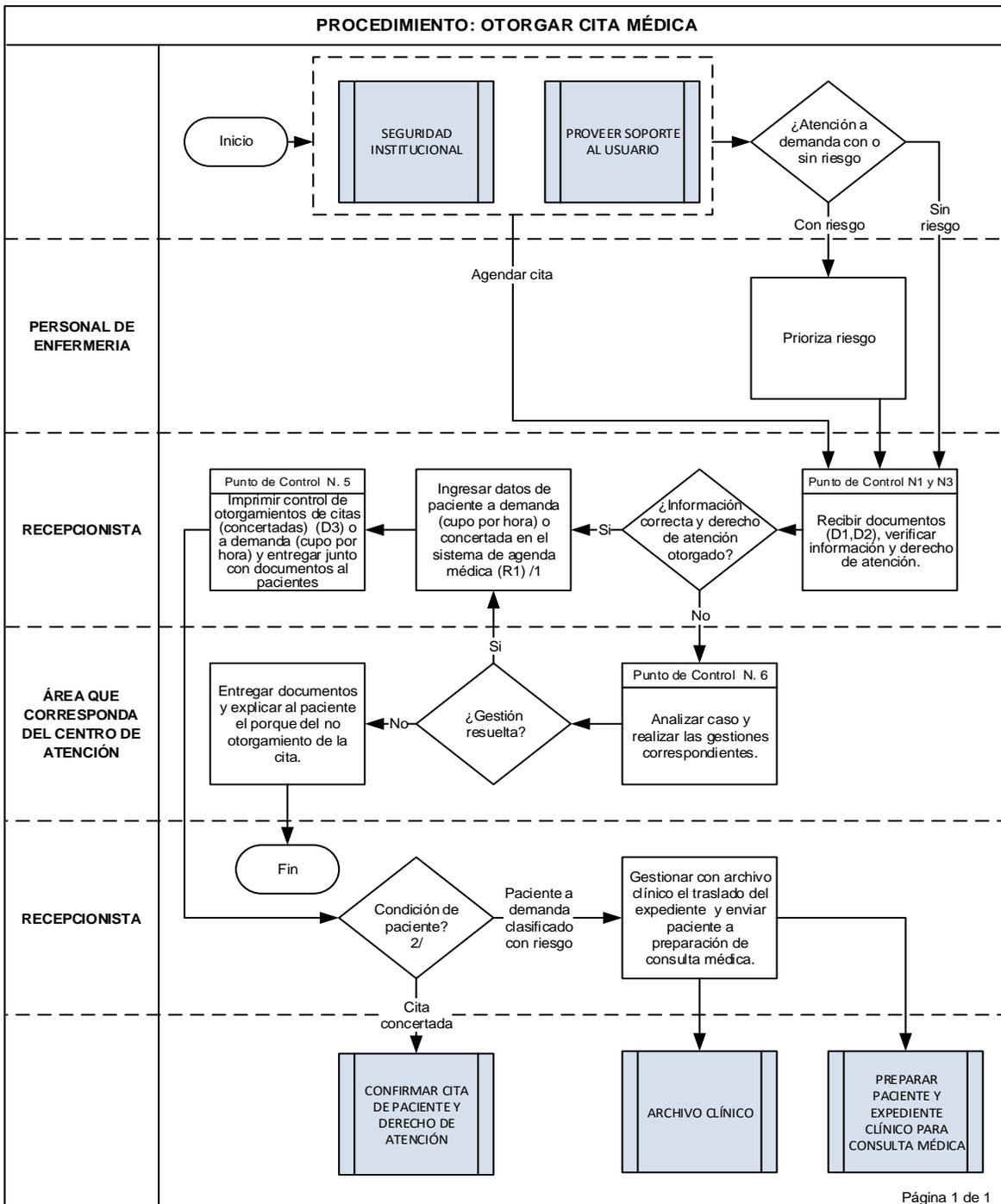


PROCEDIMIENTO: BRINDAR ALTA A PACIENTE DEL ÁREA DE EMERGENCIA



ANEXO 2. PROCESO DE ATENCIÓN DEL PACIENTE DE CONSULTA EXTERNA

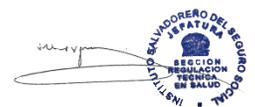


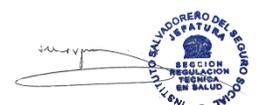
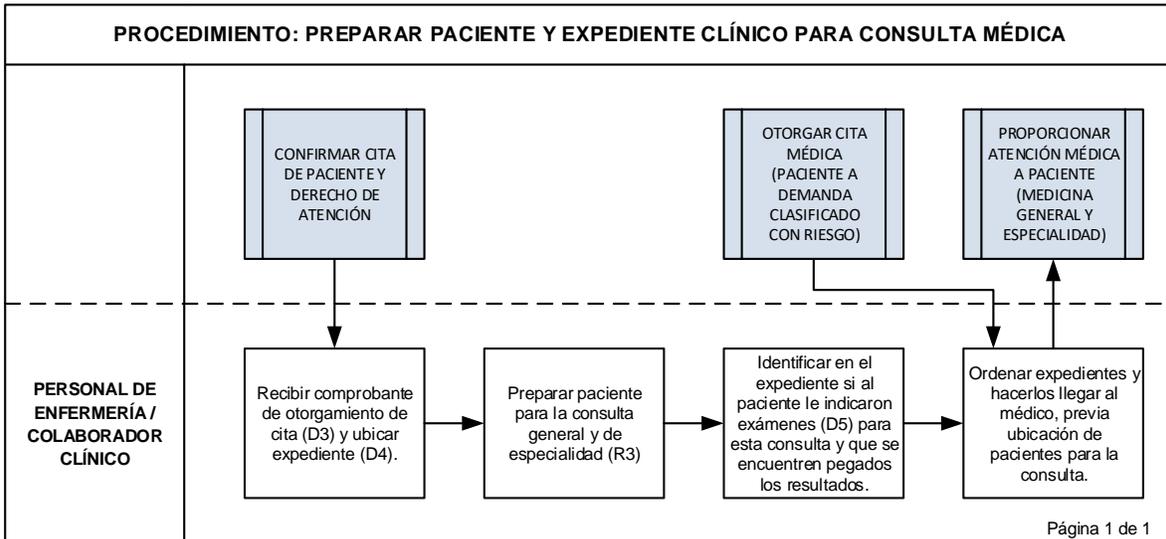
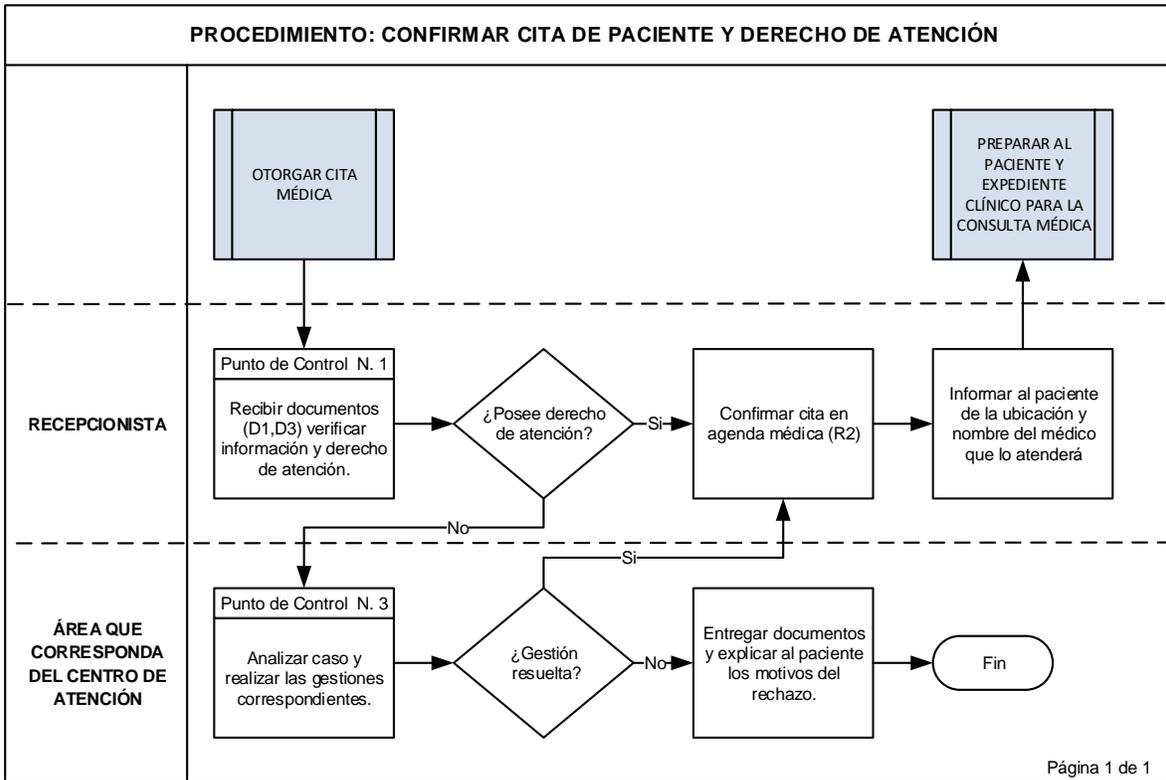


Página 1 de 1

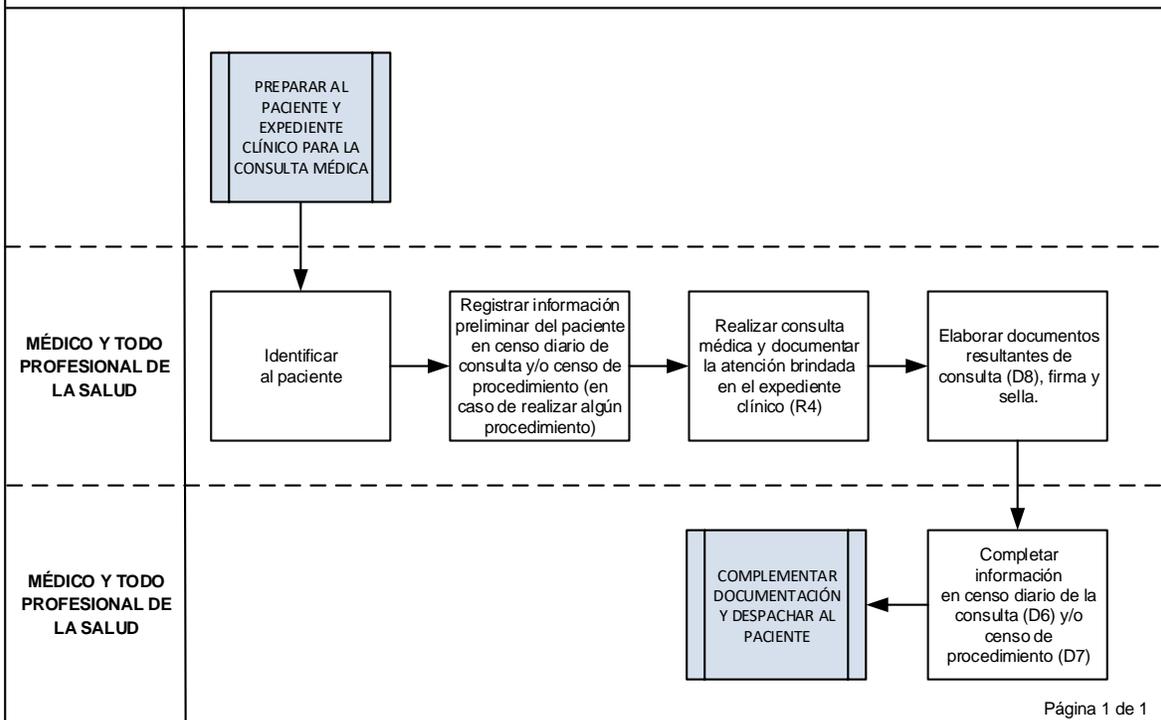
1/ Cuando el paciente consulte a demanda, se realizará la gestión en el sistema de agenda médica, considerando el nivel de riesgo priorizado y cupos disponibles para pacientes sin riesgo.

2/ Al momento de entregar los documentos al paciente, se le darán las indicaciones necesarias cuando el paciente consulte a demanda

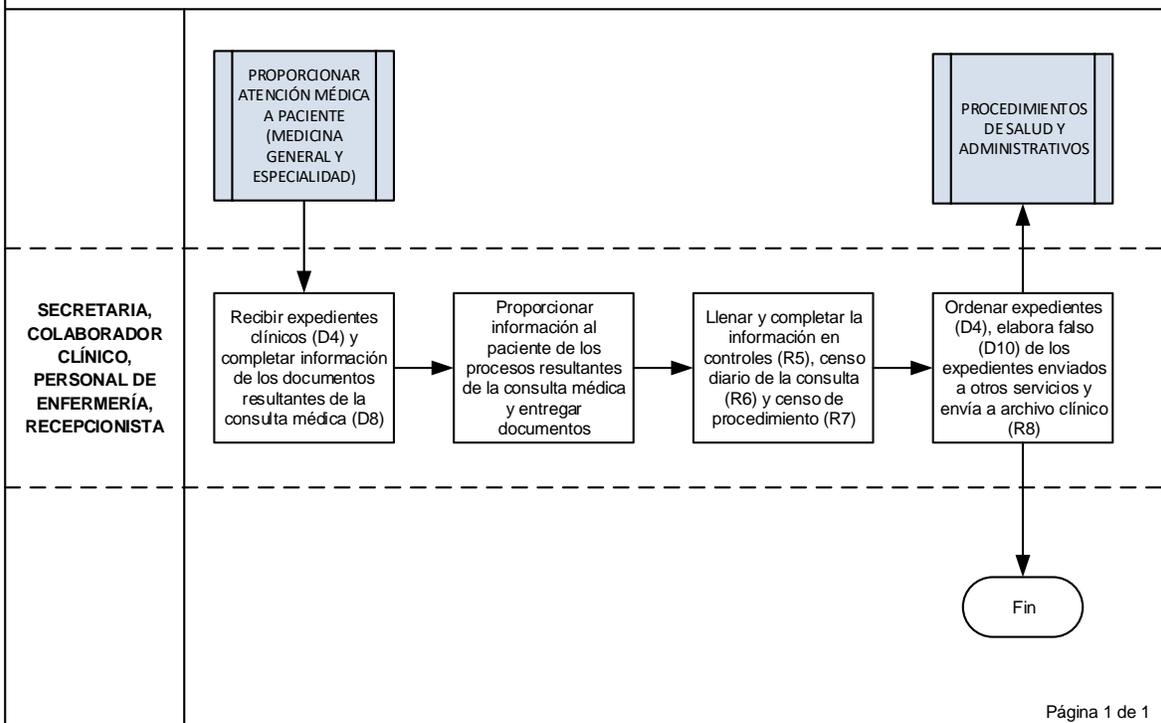




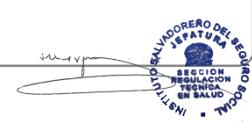
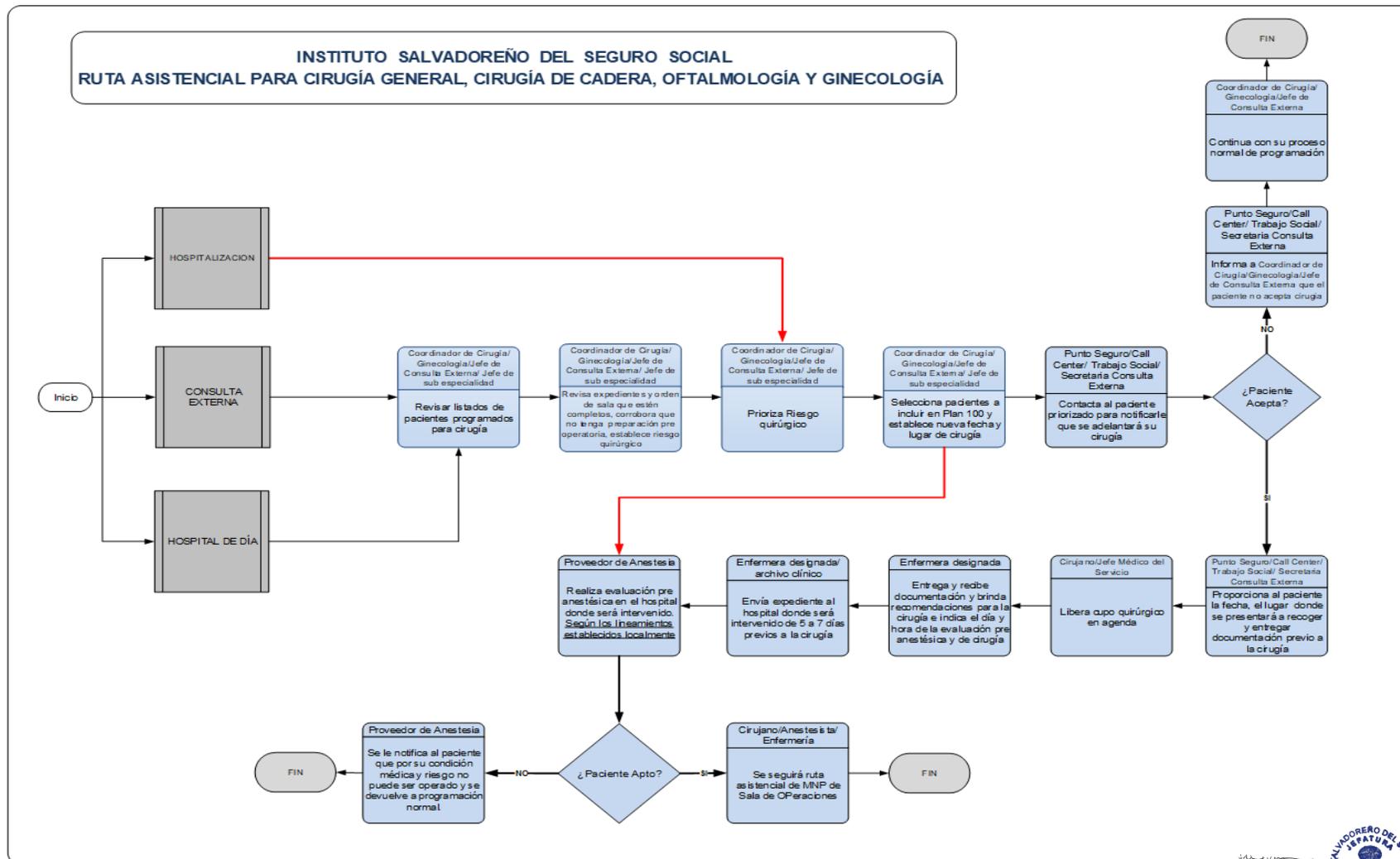
PROCEDIMIENTO: PROPORCIONAR ATENCIÓN MÉDICA A PACIENTE (MEDICINA GENERAL O ESPECIALIDAD).



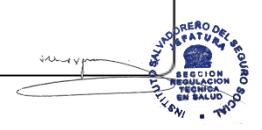
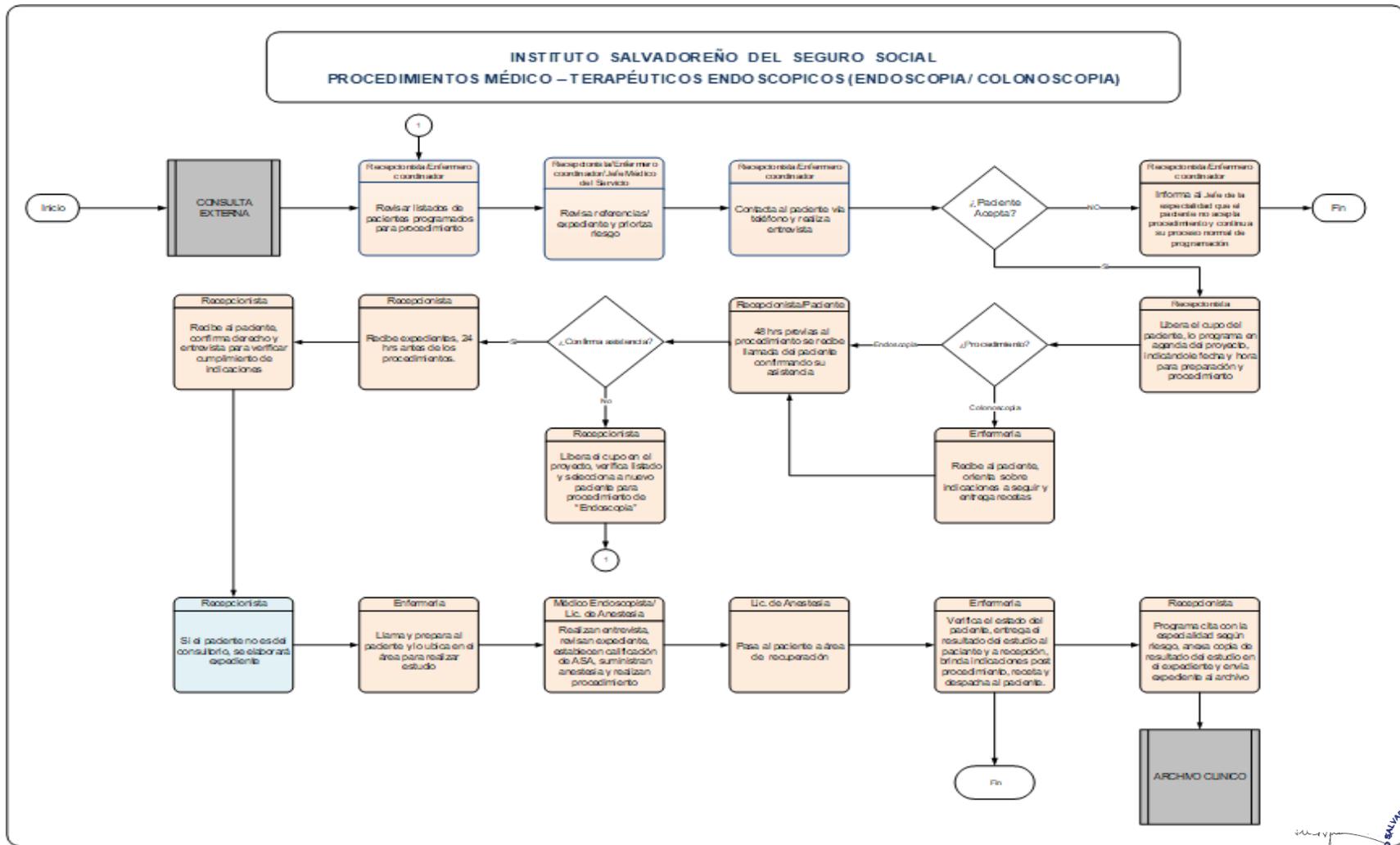
PROCEDIMIENTO: COMPLEMENTAR DOCUMENTACIÓN Y DESPACHAR AL PACIENTE



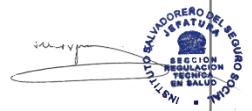
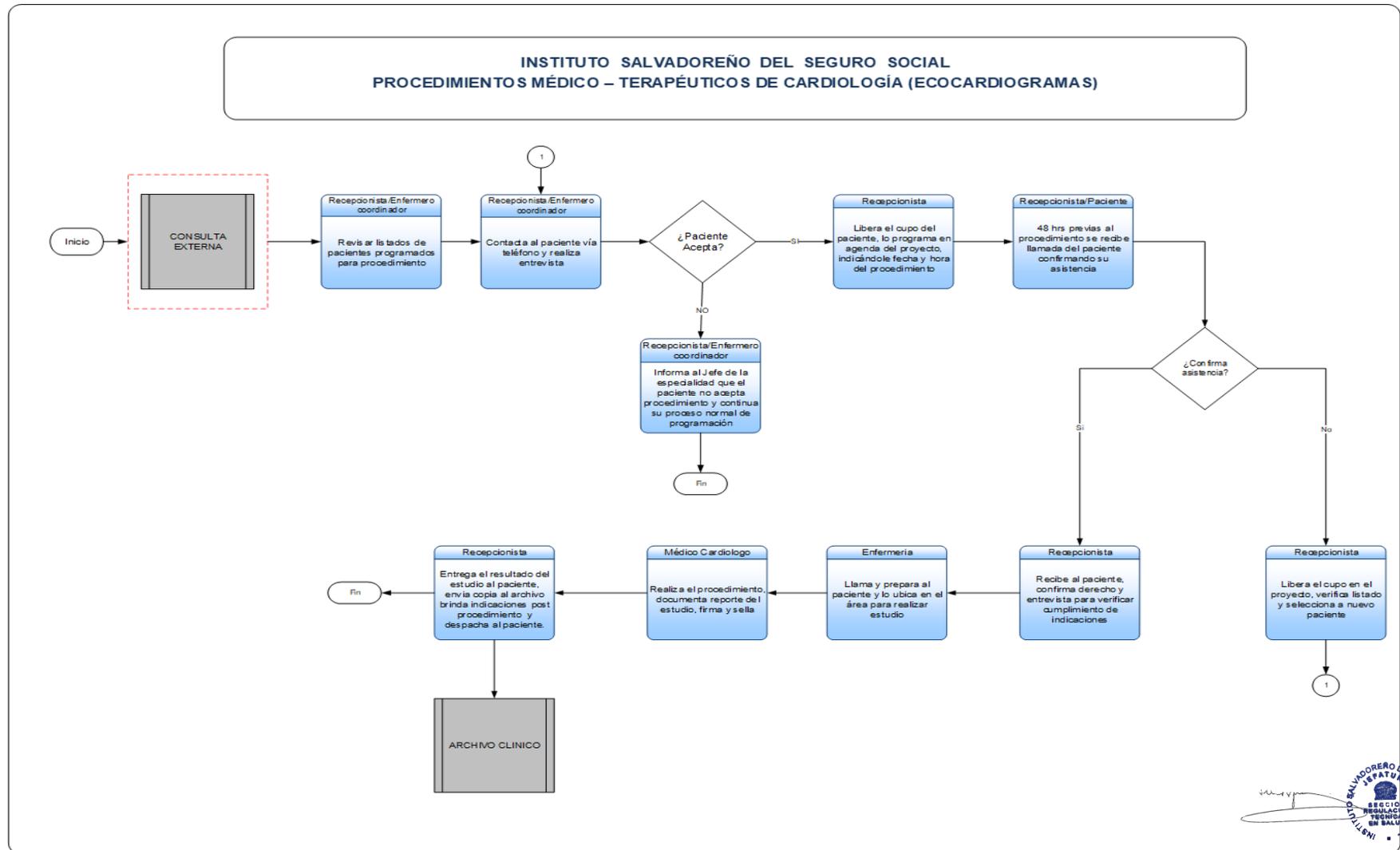
ANEXO 3. RUTA ASISTENCIAL DE PACIENTE PARA CIRUGÍAS. (Cadera, Cataratas, General y Ginecológica)



ANEXO 4. RUTA ASISTENCIAL DE PACIENTES PARA PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICO-TERAPEUTICOS.



ANEXO 4. RUTA ASISTENCIAL DE PACIENTES PARA PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICO-TERAPEUTICOS.



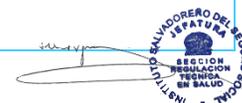
ANEXO 5. FUNCIÓN DE MACRO, MESO Y MICROGESTORES.

ESTRATEGIA 1. AMPLIACIÓN A 24 HORAS, 7 DÍAS A LA SEMANA, DE LOS HORARIOS DE EMERGENCIA, EN 3 CENTROS METROPOLITANOS.

| CARGO | RESPONSABILIDAD |
|--|--|
| MACROGESTOR. | <ul style="list-style-type: none"> • Acompañar el proceso de implementación de la estrategia 1: Ampliación de Horarios de Emergencia 24 horas los 7 días de la semana en 3 Centros de Atención del Área Metropolitana (U.M. Apopa, UM. Quezaltepeque y UM. Soyapango): <ul style="list-style-type: none"> - Acompañamiento en la estrategia de intervención de Agenda Médica. - Realizará Monitoreo y seguimiento del proceso/ Cumplimiento de indicadores de acuerdo de la agenda médica. |
| MESOGESTOR (Director del Centro de Atención con su Equipo Gerencial). | <ul style="list-style-type: none"> • En coordinación con el MACROGESTOR implementará la estrategia 1: <ul style="list-style-type: none"> - Sistemisa el proceso de implementación. - Asegurar la disponibilidad del portafolio de atención. - Coordinar con otras áreas de atención, centros y redes. - Vigilancia continua de los indicadores de la estrategia. - Vigilancia e intervención de la agenda Médica. |
| MICROGESTOR. | <ul style="list-style-type: none"> • Con el acompañamiento de MESOGESTOR realiza las siguientes gestiones: <ul style="list-style-type: none"> - Brindar atención integral basada en el enfoque de riesgo en Triage de 5 colores. - Atención directa con el derechohabiente, según portafolio del centro de Atención. |

ESTRATEGIA 2. EXTENSIÓN DE LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA GENERAL Y FAMILIAR, EN HORARIOS NO TRADICIONALES, EN 7 CENTROS DE ATENCIÓN A NIVEL NACIONAL.

| CARGO | RESPONSABILIDAD |
|--|---|
| MACROGESTOR. | <ul style="list-style-type: none"> • Acompañar el proceso de implementación de la estrategia 2: Extensión de la consulta externa de medicina general y familiar, en horarios no tradicionales, en 7 centros de atención a nivel nacional: <ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer el trabajo articulado de las 7 Redes de Servicios de Salud a intervenir. - Realizará monitoreo y seguimiento del proceso/ Cumplimiento de indicadores de acuerdo a matriz aprobada. |
| MESOGESTOR (Director de la Cabeza de Red con su Equipo Gerencial). | <ul style="list-style-type: none"> • Acompañar el proceso de implementación de la estrategia 2: Extensión de la consulta externa de medicina general y familiar, en horarios no tradicionales, en 7 centros de atención a nivel nacional: <ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer el trabajo articulado de las 7 Redes de Servicios de Salud a intervenir. - Asegurar la disponibilidad de servicios de apoyo según portafolio de servicios (Atenciones preventivas) - Sistemisa el proceso de implementación. - Dará seguimiento a encuestas de satisfacción. |
| MICROGESTOR. (Médico Generales y Médico Familiares responsables de la atención preventiva dirigida a: Niñez, Mujer, Adulto Joven, Adulto Mayor, Educador en Salud o Trabajador Social, Enfermera, Clínicas empresariales. | <ul style="list-style-type: none"> • Con el acompañamiento de MESOGESTOR realiza las siguientes acciones: <ul style="list-style-type: none"> - Brindar Atención Integral con enfoque preventivo. - Dar seguimiento al correcto y consistente llenado de formularios vigentes por atención preventiva. - Garantizar el continuo de atención de la salud desde una óptica de promoción y prevención en salud. - Capacitación de Derechohabiente a través de Visitas Domiciliarias realizadas que requieran atención preventiva/seguimiento y apoyo logístico a los derechohabientes atendidos en los fines de semana y días festivos. |

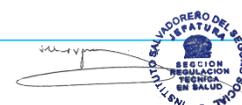


LÍNEA ESTRATÉGICA 3. ACORTAMIENTO DE CITAS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS BÁSICAS, FORTALECIENDO LA ATENCIÓN DE 4 CENTROS DE ATENCIÓN.

| CARGO | RESPONSABILIDAD |
|---|---|
| MACROGESTOR. | <ul style="list-style-type: none"> • Acompañar el proceso de implementación de la estrategia 3: Acortamiento de citas de especialidades médicas básicas en 4 centros de atención (Policlinico Zacamil, UM Apopa, UM Ilopango y UM Santa Tecla). <ul style="list-style-type: none"> - Acompañamiento en la estrategia de Intervención de Agenda Médica. - Realizará monitoreo y seguimiento del proceso/ cumplimiento de indicadores de acuerdo a la matriz aprobada |
| MESOGESTOR (Director de la Cabeza de Red con su Equipo Gerencial). | <ul style="list-style-type: none"> • En coordinación con el MACROGESTOR implementará la estrategia 3. <ul style="list-style-type: none"> - Sistematiza el proceso de implementación. - Asegurar la disponibilidad del portafolio de atención. - Coordinación con otras áreas de atención, centros y redes. - Vigilancia continua de los indicadores de la estrategia. - Vigilancia continua de los indicadores de la estrategia. |
| MICROGESTOR. | <ul style="list-style-type: none"> • Con el acompañamiento del MESOGESTOR realizará las siguientes acciones: <ul style="list-style-type: none"> - Brindar atención integral basada en enfoque de riesgo. - Implementar el sistema de Referencia, Retorno e Interconsulta según enfoque de riesgo. |

LÍNEA ESTRATÉGICA 4 Y 5. REDUCIR LOS TIEMPOS DE ESPERA PARA CIRUGÍA ELECTIVA Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS.

| CARGO | RESPONSABILIDAD |
|--|--|
| MACROGESTOR. | <ul style="list-style-type: none"> • Acompañar el proceso de implementación de la estrategia 2: Extensión de la consulta externa de medicina general y familiar, en horarios no tradicionales, en 7 centros de atención a nivel nacional: <ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer el trabajo articulado de las 7 Redes de Servicios de Salud a intervenir. - Realizará monitoreo y seguimiento del proceso/ Cumplimiento de indicadores de acuerdo a matriz aprobada. |
| MESOGESTOR (Director de la Cabeza de Red con su Equipo Gerencial). | <ul style="list-style-type: none"> • Acompañar el proceso de implementación de la estrategia 2: Extensión de la consulta externa de medicina general y familiar, en horarios no tradicionales, en 7 centros de atención a nivel nacional: <ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer el trabajo articulado de las 7 Redes de Servicios de Salud a intervenir. - Asegurar la disponibilidad de servicios de apoyo según portafolio de servicios (Atenciones preventivas) - Sistemisa el proceso de implementación. - Dará seguimiento a encuestas de satisfacción. |
| MICROGESTOR. (Médico Generales y Médico Familiares responsables de la atención preventiva dirigida a: Niñez, Mujer, Adulto Joven, Adulto Mayor, Educador en Salud o Trabajador Social, Enfermera, Clínicas empresariales. | <ul style="list-style-type: none"> • Con el acompañamiento de MESOGESTOR realiza las siguientes acciones: <ul style="list-style-type: none"> - Brindar Atención Integral con enfoque preventivo. - Dar seguimiento al correcto y consistente llenado de formularios vigentes por atención preventiva. - Garantizar el continuo de atención de la salud desde una óptica de promoción y prevención en salud. - Capacitación de Derechohabiente a través de Visitas Domiciliares realizadas que requieran atención preventiva/seguimiento y apoyo logístico a los derechohabientes atendidos en los fines de semana y días festivos. |





INSTITUTO
SALVADOREÑO
DEL SEGURO
SOCIAL

SUBDIRECCIÓN DE SALUD
SECCIÓN REGULACIÓN TÉCNICA EN SALUD
SEPTIEMBRE 2019

