

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
DIVISIÓN DE REGULACIÓN, NORMALIZACIÓN Y VIGILANCIA
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN.



INSTITUTO
SALVADOREÑO
DEL SEGURO
SOCIAL

**NORMA PARA LA ATENCIÓN POR RIESGO
EN LA CONSULTA EXTERNA DEL ISSS**

Marzo 2020

PRESENTACIÓN



El Instituto Salvadoreño del Seguro Social en su Política de "Adoptar el sistema de calidad que garantice la atención en salud y prestaciones económicas integrales a los derechohabientes", 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 del Departamento de Normalización, según acuerdo Según Acuerdo CD#2019-2232.OCT.- Contendida en acta N° 3874 dependencia responsable de la elaboración y actualización de los documentos técnico-normativos de salud del ISSS.

En este sentido la "NORMA PARA LA ATENCIÓN POR RIESGO EN LA CONSULTA EXTERNA DEL ISSS" será el documento normativo que tendrá como objetivo establecer los mecanismos administrativos para la atención clínica por riesgos, permitiendo brindar una atención oportuna y equitativa a los pacientes.

La normativa será una herramienta valiosa con que contarán todos los profesionales médicos que trabajan en la consulta externa de los diferentes centros de atención del Instituto, quienes deberán proceder a su divulgación, implantación y cumplimiento obligatorio.

Licda. Rosa Delmy Cañas de Zacarias.

Directora General del ISSS



EQUIPO REGULATORIO VERSIÓN PRELIMINAR

Nombre	Procedencia
Dr. David Jonathan Hernández	Jefe Departamento Planificación Estratégica en Salud
Dr. José Guillermo Vaquerano	Jefe Sección Regulación Técnica en Salud
Dr. Gustavo Rolando Cuéllar Rodríguez	Colaborador Técnico en Salud II Sección Regulación Técnica en Salud
Dra. Mery Jannette Cardoza de Parada	Colaborador Técnico en Salud II Sección Regulación Técnica en Salud
Dra. Sara Lizet Granadino	Colaborador Técnico en Salud II Sección Regulación Técnica en Salud
Dr. Victor Manuel Campos Madrid.	Colaborador Técnico en Salud II Sección Regulación Técnica en Salud
Dra. Carmen María Salazar	Colaborador Técnico en Salud II Sección Regulación Técnica en Salud
Dr. William Adonay Sosa	Colaborador Técnico en Salud II Sección Regulación Técnica en Salud
Ing. Luis Asdrúbal Ovando Medrano	Colaborador Técnico en Salud I Sección Regulación Técnica en Salud

Nombre	Procedencia
Dr. José Adán Martínez Alvarenga	Jefe División Regulación, Normalización y Vigilancia
Dra. Silvia G. Mendoza de Ayala	Jefa Departamento de Normalización
Dra. Ingrid Lissette Hugentobler	Colaborador Técnico en Salud II Departamento de Normalización
Dra. Mery Jannette Cardoza de Parada	Colaborador Técnico en Salud II Departamento de Normalización
Dr. David Jonathan Hernández	Colaborador Técnico en Salud II Departamento de Normalización
Dr. Luis Roberto Cerón Alas	Colaborador Técnico en Salud II Departamento de Normalización
Dr. William Adonay Sosa	Colaborador Técnico en Salud II Departamento de Normalización
Ing. Luis Asdrúbal Ovando Medrano	Colaborador Técnico en Salud I Departamento de Normalización

AUTORIDADES Y PROFESIONALES QUE REVISARON Y VALIDARON LA NORMATIVA

AUTORIDADES QUE REVISARON LA VERSIÓN PRELIMINAR

Nombre	Procedencia
Dra. Ana Guadalupe Argueta	Jefe Division de Politicas Estratégicas de Salud.
Dr. Luis Carlos Estrada	Jefe Departamento Monitoreo de Redes Integrales e Integradas
Dr. Ricardo Amaya Figueroa	Jefe Departamento de Evaluacion de la Calidad de los Servicios de Salud
Dr. David Jonathan Hernández	Jefe Departamento Planificación Estratégica en Salud
Dr. Héctor Cabezas Menjivar	Jefe Departamento Gestion Administrativa de los Servicios de Salud

PROFESIONALES QUE ELABORARON Y REVISARON VERSIÓN PRELIMINAR DE LA NORMATIVA

Nombre	Procedencia
Dra. Roxana Inglés Iglesias	Médico Directora Consultorio de Especialidades
Dr. Haroldo Enoc Pineda	Médico Sub-Director Consultorio de Especialidades
Dr. José Max Molina	Jefe de Endocrinología Consultorio de Especialidades
Dr. Alfredo Cruz García	Jefe de Cardiología Consultorio de Especialidades
Dr. Francisco Delgado Castro	Jefe de Neurología Consultorio de Especialidades
Dr. Rubén Antonio Montúfar	Jefe de Reumatología Consultorio de Especialidades
Dr. Luis Roberto Yañez	Jefe de Gastroenterología Consultorio de Especialidades
Dr. Luis Francisco Gonzalez	Jefe de Neumología Consultorio de Especialidades
Dr. José Joaquín Flores	Jefe de Oftalmología Consultorio de Especialidades
Dr. Walter Leonardo Salinas	Jefe de Otorrinolaringología Consultorio de Especialidades
Dr. Andrés Reynaldo Hernández	Jefe de Cirugía Vascular Periférica Consultorio de Especialidades
Dr. Alex Fuentes Valencia	Jefe de Urología Consultorio de Especialidades
Dr. José Roberto Corvera	Jefe de Radiología Consultorio de Especialidades
Dr. Emilio Medrano Hernández	Jefe de Patología Hospital General
Dra. Morena Guadalupe Vela Jiménez	Coordinadora de Laboratorio de Patología Hospital General
Dra. Patricia Margarita Ávila	Médico Otorrinolaringóloga Consultorio de Especialidades
Dr. Osman René Miranda	Médico Nefrólogo Consultorio de Especialidades



[Handwritten signature]

Dr. Cesar Oscar Flores	Neurocirujano Consultorio de Especialidades
Dr. Marco Obdulio Barrientos	Médico Clínica de Hipertension Arterial Consultorio de Especialidades
Licda. Elba Nubia Bran de Zelaya	Jefe de Laboratorio Clínico Consultorio de Especialidades
Lic. Carlos Baltazar Legle Diaz	Jefe Técnicos de Rayos X Consultorio de Especialidades.
Lic. Nora Elizabeth Colocho	Jefe de Enfermería Consultorio de Especialidades
Lic. William Isaias Herrera	Colaborador Técnico en salud I Evaluacion de la Calidad de los Servicios de Salud
Licda. Ana Alicia Quezada de Lara	Enfermera Supervisora Consultorio de Especialidades
Licda. Sandra Yanira Martínez Cornejo	Enfermera del Séptimo Nivel Consultorio de Especialidades
Licda. Celia Concepción García	Enfermera del Sexto Nivel Consultorio de Especialidades
Licda. María Guadalupe Cabrera	Enfermera del Quinto Nivel Consultorio de Especialidades
Licda. Rudy Beatriz Ortiz de Celis	Enfermera del Cuarto Nivel Consultorio de Especialidades
Licda. Melany Esperanza Carlos de Salazar	Enfermera Consultorio de Especialidades
Tec. Ana Carolina Gavidia	Enfermera General Consultorio de Especialidades
Ing. Pedro Henríquez Chiquillo	Analista de Desarrollo Institucional
Ing. Juan Carlos Villacorta	Colaborador Técnico en Salud I Evaluacion de la Calidad de los Servicios de Salud

PROFESIONALES QUE ELABORARON Y VALIDARON LAS TABLAS DE RIESGO EN CONSULTORIO DE ESPECIALIDADES

Nombre	Procedencia
Dra. Roxana Inglés Iglesias	Médico Directora Consultorio de Especialidades
Dr. Haroldo Enoc Pineda	Médico Sub-Director Consultorio de Especialidades
Dr. José Max Molina	Jefe de Endocrinología Consultorio de Especialidades
Dr. Alfredo Cruz García	Jefe de Cardiología Consultorio de Especialidades
Dr. Francisco Delgado Castro	Jefe de Neurología Consultorio de Especialidades
Dr. Rubén Antonio Montúfar	Jefe de Reumatología Consultorio de Especialidades
Dr. Luis Roberto Yañez	Jefe de Gastroenterología Consultorio de Especialidades
Dr. Luis Francisco Gonzalez	Jefe de Neumología Consultorio de Especialidades
Dr. José Joaquín Flores	Jefe de Oftalmología Consultorio de Especialidades
Dr. Walter Leonardo Salinas	Jefe de Otorrinolaringología Consultorio de Especialidades
Dr. Andrés Reynaldo Hernández	Jefe de Cirugía Vascul ar Periférica Consultorio de Especialidades
Dr. Alex Fuentes Valencia	Jefe de Urología Consultorio de Especialidades
Dr. José Roberto Corvera	Jefe de Radiología Consultorio de Especialidades
Dr. Emilio Medrano Hernández	Jefe de Patología Hospital General
Dra. Morena Guadalupe Vela Jiménez	Coordinadora de Laboratorio de Patología Hospital General
Dra. Patricia Margarita Ávila	Médico Otorrinolaringóloga Consultorio de Especialidades
Dr. Osman René Miranda	Médico Nefrólogo Consultorio de Especialidades



Handwritten signature in blue ink.

Dr. Cesar Oscar Flores	Neurocirujano Consultorio de Especialidades
Dr. Marco Obdulio Barrientos	Médico Clínica de Hipertension Arterial Consultorio de Especialidades
Licda. Elba Nubia Bran de Zelaya	Jefe de Laboratorio Clínico Consultorio de Especialidades
Lic. Carlos Baltazar Legle Diaz	Jefe Técnicos de Rayos X
Lic. Nora Elizabeth Colocho	Jefe de Enfermería Consultorio de Especialidades
Lic. William Isaias Herrera	Colaborador Técnico en salud I Evaluacion de la Calidad de los Servicios de Salud
Licda. Ana Alicia de Lara	Enfermera Supervisora Consultorio de Especialidades
Licda. Sandra Yanira Martínez Cornejo	Enfermera del Séptimo Nivel Consultorio de Especialidades
Licda. Celia Concepción García	Enfermera del Sexto Nivel Consultorio de Especialidades
Licda. María Guadalupe Cabrera	Enfermera del Quinto Nivel Consultorio de Especialidades
Licda. Rudy Beatriz Ortez	Enfermera del Cuarto Nivel Consultorio de Especialidades
Licda. Melany Esperanza Carlos de Salazar	Enfermera Consultorio de Especialidades
Tec. Ana Carolina Gavidia	Enfermera General Consultorio de Especialidades
Ing. Pedro Henríquez Chiquillo	Analista de Desarrollo Institucional
Ing. Juan Carlos Villacorta	Colaborador Técnico en salud I Departamento de Evaluación de la Provisión de Servicios de Salud

AUTORIDADES Y PROFESIONALES QUE REVISARON LA VERSIÓN FINAL

Nombre	Procedencia
Dr. Oscar Armando Pérez Campos	Jefe Sección Clínicas Empreaiales
Licda. Cecilia Hernández de Nerio	Jefe Departamento de Enfermería
Dr. Wilfredo Quezada Delgado	Colaborador Técnico en Salud II Departamento de Evaluación de la Provisión de Servicios de Salud
Ing. Juan Carlos Villacorta	Colaborador Técnico en Salud I Departamento de Evaluación de la Provisión de Servicios de Salud
Licda. Ana Noemy García Hernández	Colaborador Técnico en Salud I Departamento de Evaluación de la Provisión de Servicios de Salud
Dra. Patricia Flores de Villeda	Coordinadora de Clínicas Comunes Departamento de Monitoreo y Gestión de Redes Integrales e Integradas de Salud
Dra. Nancy Lizeth Góchez	Colaborador Técnico en Salud II Departamento de Monitoreo y Gestión de Redes Integrales e Integradas de Salud
Dra. Lucía L. Díaz de Salinas	Colaborador Técnico en Salud II Departamento de Monitoreo y Gestión de Redes Integrales e Integradas de Salud
Dra. Karina Iraheta de Herrera	Colaborador Técnico en Salud II Departamento de Monitoreo y Gestión de Redes Integrales e Integradas de Salud
Dra. Gladys Patricia Flores de Villeda	Colaborador Técnico en Salud II Departamento de Monitoreo y Gestión de Redes Integrales e Integradas de Salud
Dra. María Eugenia Machón Lungo	Colaborador Técnico en Salud II Departamento de Atención y Programación en Salud
Dra. Delma A. Morales de Montalvo	Colaborador Técnico en Salud II Sección de Atención Primaria en Salud
Dra. Elsa R. Martínez de Cobar	Colaborador Técnico en Salud II Sección Clínicas Empresariales
Dr. Oscar V. Alvarado Miguel	Colaborador Técnico en Salud II Sección Clínicas Empresariales
Ing. Raúl E. Arevalo Muñoz	Colaborador Técnico en Salud I Sección Clínicas Empresariales
Lic. Rudy Nelson Castellanos	Colaborador Técnico en Salud I Departamento de Enfermería

AUTORIDADES Y PROFESIONALES QUE VALIDARON LA VERSIÓN FINAL

Nombre	Procedencia
Dr. Marlon Reyes Gonzalez	Jefe Departamento de Evaluación de la Provisión de los Servicios de Salud
Dr. Wilfredo Quezada Delgado	Colaborador Técnico en Salud II Departamento de Evaluación de la Provisión de Servicios de Salud
Ing. Juan Carlos Villacorta	Colaborador Técnico en salud I Departamento de Evaluación de la Provisión de Servicios de Salud
Dra. Celina Vásquez de Cáceres	Jefe Departamento de Monitoreo y Gestión de Redes Integrales e Integradas de Salud
Dr. Fernando Alfonso Cabrera España	Jefe Sección Redes, Departamento de Monitoreo y Gestión de Redes Integrales e Integradas de Salud
Dra. Gladis Patricia Flores de Villeda	Colaborador Técnico en Salud II Departamento de Monitoreo y Gestión de Redes Integrales e Integradas de Salud
Dra. Martha D. Gutierrez de Quintanilla	Colaborador Técnico en Salud II Departamento de Monitoreo y Gestión de Redes Integrales e Integradas de Salud
Dra. Sara Lizet Granadino	Jefe Departamento de Atención y Programación en Salud
Dra. María Eugenia Machón Lungo	Colaborador Técnico en Salud II Departamento de Atención y Programación en Salud
Dr. Victor Manuel Campos Madrid	Colaborador Técnico en Salud II Sección Atención Primaria en Salud
Dra. Delma Angelina Morales de Montalvo	Colaborador Técnico en Salud II Sección Atención Primaria en Salud
Dra. Elsa R. Martínez de Cobar	Colaborador Técnico en Salud II Sección Clínicas Empresariales
Dr. Juan Carlos Ulloa	Jefe Unidad de Vinculación
Dr. Otto Ivan Melendez Rivas	Coordinador Institucional de Especialidad Médica
Lic. Rudy Nelson Castellanos	Colaborador Técnico en Salud I Departamento de Enfermería
Ing. Misael Rivera	Analista Implementador de Sistemas División Desarrollo de Tecnología de Información y Comunicaciones
Dra. Ana Yazmín Aguilar Maltez	Directora Consultorio de Especialidades



Dr. Haroldo Enoc Pineda Canizales	Subdirector Consultorio de Especialidades
Licda. Melany Esperanza Carlos de Salazar	Jefatura de Enfermería Consultorio de Especialidades
Licda. Ana Patricia Abarca de Reyes	Administradora Consultorio de Especialidades
Dr. Samuel H. Leiva Joya	Director Hospital Policlínico Zacamil
Dra. Griselda Hernández de Gómez	Gerente de Servicios Médicos Hospital Policlínico Zacamil
Dr. Rafael Valencia Menéndez	Jefe Consulta Externa Hospital Policlínico Zacamil
Licda. Guisela Chacón de Meléndez	Jefatura de Enfermería Hospital Policlínico Zacamil
Dra. Elizabeth Rivas de López	Directora Unidad Médica Atlacatl
Lic. Berta Luz Salazar de Zavaleta	Jefe de Enfermería Unidad Médica Atlacatl
Licda. Francisca López Ramos	Jefe de trabajo Social Unidad Médica Atlacatl
Lic. Orlando Galvez Castaneda	Jefe de Laboratorio Unidad Médica Atlacatl
Dr. Carlos David Alvarado Alam	Director Unidad Médica 15 de Septiembre
Licda. Ana Elizabeth Rubio	Administradora Unidad Médica 15 de Septiembre
Dra. Carolina G. Linares de Lopez	Directora Unidad Médica Apopa
Licda. Nahomy G. Melara	Administradora Unidad Médica Apopa
Licda. Silvia Esmeralda Cartagena de García	Jefe de Enfermería Unidad Médica Apopa
Licda. Rosa Luz Orellana Pineda	Trabajadora Social Unidad Médica Apopa
Licda. Marisol Arriaga de Escoto	Jefe de Admisión de Registros Médicos Unidad Médica Apopa
Licda. Teresa del C. Orellana de López	Jefe de Laboratorio Unidad médica Apopa
Dr. José William Valiente Solis	Director Unidad Médica Quezaltepeque



Dra. Ana Y. Morejon Velasquez	Directora Clínica Comunal Mejicanos
Dra. Jesús del Carmen Guevara Menjivar	Directora Clínica Comunal San Miguelito
Dra. Roxana Rodríguez de Melara	Directora Clínica Comunal Ciudad Delgado
Dr. Ismael Antonio Guzmán Larios	Director Unidad Médica Ilopango
Dr. Julio Francisco Carrillo Durán	Director Unidad Médica San Jacinto



CONTENIDO

A. MARCO LEGAL.....	15
B. LEX ARTIS.....	16
C. INTRODUCCIÓN.....	18
D. DEFINICIÓN DE CONSULTA DE ATENCIÓN POR RIESGO, ESTRATEGIA DE ATENCIÓN INICIAL POR RIESGO Y CONSULTA DE ATENCION INMEDIATA.....	18
E. OBJETIVOS.....	19
F. FINALIDAD.....	19
G. CAMPO DE APLICACIÓN.....	19
I. NORMAS GENERALES.....	20
II. REFERENCIA Y ATENCION POR RIESGO: ESTRATEGIA DE ATENCIÓN INICIAL POR RIESGOS Y CONSULTA DE ATENCIÓN INMEDIATA.....	20
III. PROCESO PARA LA CLASIFICACIÓN DE RIESGO.....	21
IV. ADMINISTRACIÓN DE LA AGENDA POR RIESGO.....	22
V. REQUISITOS DE REFERENCIA EN LA RED DE ATENCIÓN PARA PACIENTES A CONSULTA DE ATENCIÓN POR RIESGO EN ESPECIALIDAD Y SUBESPECIALIDAD.....	24
VI. PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO PARA LA ATENCIÓN POR RIESGO: ESTRATEGIA DE ATENCIÓN INICIAL POR RIESGO O CONSULTA DE ATENCIÓN INMEDIATA.....	25
VII. ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO.....	26
VII. PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO PARA ATENCIÓN EN CONSULTA DE RIESGO DE SUBESPECIALIDAD, ESPECIALIDAD Y MEDICINA GENERAL.....	27
VIII. CRITERIOS Y REQUISITOS DE CONSULTA SUBSECUENTE POR RIESGO.....	28
IX. INTERCONSULTAS ENTRE CONSULTAS ATENCIÓN INMEDIATA.....	28
X. CRITERIOS DE SEGUIMIENTO, RETORNO Y ALTA, DESDE LA CONSULTA DE ATENCION INMEDIATA, LA CONSULTA SUBSECUENTE ESPECIALIZADA Y SUBESPECIALIZADA A LOS CENTROS DE LA RED DE ATENCIÓN.....	28
XI. GESTIÓN DE MEDICAMENTO O INSUMOS POR FARMACIA.....	29
XII. FUNCIONES DEL PERSONAL RELACIONADA A LA CONSULTA DE ATENCIÓN INMEDIATA O ESTRATEGIA DE ATENCIÓN POR RIESGOS.....	29
XIII. OBSERVANCIA DE LA NORMA.....	32
XIV. INFRACCIONES Y SANCIONES.....	32

XV. *DISPOSICIONES GENERALES* 32

XVI. *VIGENCIA DE LA NORMA*..... 33

XVII. *OFICIALIZACIÓN*..... 33

XVIII. *GLOSARIO*..... 34

ANEXO 1. *CLASIFICACIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN EN PACIENTES SIN CITA*. 36

ANEXO 2. *HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*. 37

ANEXO 3. *HOJA DE SOLICITUD DE INTERCONSULTA, EVALUACIÓN PREOPERATORIA, REFERENCIA A ODONTOLOGIA GENERAL Y PROCEDIMIENTOS*. 39

ANEXO 4. *HOJA DE REFERENCIA Y RETORNO*. 40



A. MARCO LEGAL

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DE EL SALVADOR TÍTULO I CAPÍTULO ÚNICO - LA PERSONA HUMANA Y LOS FINES DEL ESTADO

Art. 1. El Salvador reconoce a la persona humana como el origen y el fin de la actividad del Estado, que está organizado para la consecución de la justicia, de la seguridad jurídica y del bien común.

Asimismo reconoce como persona humana a todo ser humano desde el instante de la concepción.

En consecuencia, es obligación del Estado asegurar a los habitantes de la República, el goce de la libertad, la salud, la cultura, el bienestar económico y la justicia social.

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.

La salud es uno de los factores más determinantes en la consecución de los fines propuestos por la Constitución, es por ello que la persona humana, constituye el principio y el fin de la actividad estatal, tiene derecho a que se le asista, de forma preventiva y curativa.

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 relacionados con el cumplimiento de la normativa legal y técnica aplicable 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 regirán por el cumplimiento de las funciones establecidas en los Manuales de Organización y Manuales de Normas y Procedimientos respectivamente y, 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 servicios de salud, 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 médicos de consulta externa, especialidad y técnicos que laboran en el ISSS.



El proceso de elaboración y revisión 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 y colectivo, 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 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 presente documento permitirá operativizar a través de la gestión de la agenda médica en la consulta externa del ISSS, la atención en salud a pacientes que requieran consulta de primera vez ya sea por demanda espontánea en Medicina General, Odontología General, la Consulta de Atención Inmediata o la Estrategia de Atención Inicial por Riesgos propiciando así el criterio de oportunidad en la atención médica general o de alta resolución diagnóstica.

La atención médica organizada de esta manera permitirá, a su vez, conocer la estratificación de riesgo nominal y posteriormente poblacional, logrando que los pacientes que por sus condiciones de multimorbilidad precisen un manejo compartido entre especialidades, este se realice a través de una coordinación efectiva entre los diferentes niveles asistenciales que cuentan con consulta externa, proporcionando de esta forma un abordaje integrado de patologías crónicas altamente complejas. El Instituto, al implementar lo antes descrito, tendrá como finalidad brindar una atención médica integral e integrada por medio de una correcta y efectiva organización clínico-administrativa.

D. DEFINICIÓN DE CONSULTA DE ATENCIÓN POR RIESGO, ESTRATEGIA DE ATENCIÓN INICIAL POR RIESGO Y CONSULTA DE ATENCIÓN INMEDIATA

La Atención por Riesgo en el Instituto será implementada a través de las Estrategias de Atención Inicial por Riesgo y Consulta de Atención Inmediata.

La **Estrategia de Atención Inicial por Riesgo (E-AIR)** y la **Consulta de Atención Inmediata (CAI)** son estrategias orientadas a la reorganización clínica de carácter administrativa-gerencial de la consulta externa (general, especializada y sub-especializada) para la atención de pacientes a través de la identificación, clasificación, manejo y seguimiento con un enfoque clínico de riesgo (colores rojo, amarillo o verde), de acuerdo a los criterios y requerimientos consensuados por las especialidades y sub-especialidades médicas contenidas en la presente Norma y en la **Norma de Referencia, Retorno e Interconsulta ISSS**.

La E-AIR será brindada por Médicos Generales, Médicos de Familia u otros Médicos Especialistas capacitados en diferentes áreas específicas de conocimiento. La CAI es una estrategia cuyas atenciones serán proporcionadas por Médicos Especialistas o Subespecialistas.

La E-AIR y la CAI tienen como propósito realizar:

1. El establecimiento de un diagnóstico etiológico oportuno.
2. Una clasificación de riesgos que permita una atención oportuna y de calidad al paciente.
3. La estratificación de patologías por riesgos, en aras de una atención con equidad.
4. La caracterización del paciente para establecer la "ruta del paciente" en búsqueda de una atención inicial oportuna y efectiva en medicina general, especializada y sub especializada.
5. Ajustes, inicio o cambio de tratamientos previos.

La gestión de la E-AIR y de la CAI funcionará administrativamente de la siguiente manera:

- i. En los centros de atención del ISSS que cuenten con consulta externa especializada y subespecializada, el Director Médico utilizará y organizará la estrategia según necesidad del centro de atención.
- ii. La Dirección local determinará los horarios de funcionamiento dentro del horario de atención determinado para cada centro.
- iii. Para el otorgamiento de consultas ponderadas, concertadas y programadas deberá realizarse una gestión clínica de la agenda médica (Ver glosario).
- iv. La interconsulta será utilizada como método clínico para la orientación diagnóstica y el establecimiento del riesgo.
- v. Ambas estrategias funcionarán en los consultorios ya existentes, distribuidos por la Dirección local.

E. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Establecer el marco normativo para la aplicación de las estrategias clínico-administrativo por riesgos en la consulta externa del ISSS.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Establecer el mecanismo de gestión en las agendas médicas para el otorgamiento de citas de acuerdo al riesgo clínico.
2. Establecer la estrategia clínico-administrativa para organizar la atención médica por riesgos.
3. Enlazar los servicios de apoyo administrativo, clínico-diagnóstico y farmacias de acuerdo a la atención por riesgos.

F. FINALIDAD

Orientar el funcionamiento de la consulta externa del ISSS por medio de una reorganización administrativa y asistencial con el objeto de brindar al derechohabiente una atención ambulatoria oportuna, eficiente, eficaz y efectiva, que por la naturaleza y condición de su enfermedad amerite una priorización, a través la atención médica por riesgos y la gestión de la agenda, utilizando como estrategias la Consulta de Atención Inmediata y/o la Estrategia de Atención Inicial por Riesgo.

G. CAMPO DE APLICACIÓN

El presente documento será de aplicación para todo el personal administrativo, técnico y de servicios de apoyo clínico-diagnóstico que cuenten con consulta externa.

Así mismo es aplicable para los médicos de los diferentes niveles de atención del ISSS, incluyendo las clínicas empresariales, que refieran o retornen pacientes de acuerdo a los requerimientos de riesgo clínico consensuados por los médicos especialistas y sub-especialistas.



I. NORMAS GENERALES

1. El Instituto Salvadoreño del Seguro Social, a través de la Subdirección de Salud desarrollará y pondrá en práctica estrategias clínico-administrativas en los centros de atención que posean consulta externa, con el objetivo de priorizar la accesibilidad y oportunidad de atención a los derechohabientes.
2. El Director del Centro de Atención o su Delegado, realizará un estudio diagnóstico analítico de los datos de la consulta externa especializada y sub-especializada, para definir la necesidad de la implementación de estrategias clínico-administrativas basado en:
 - Perfil epidemiológico local.
 - Demanda Insatisfecha*
 - Análisis de horas contratadas con horas efectivamente laboradas.*
 - Déficit temporal o permanente de recurso humano médico de acuerdo a lo programado.
 - Listas de espera mayor a lo estandarizado.* Según norma "Manual de Normas y Procedimientos de Unidades Médicas" literal 8 (La consulta médica de especialidades por primera vez, deberá ser programada no más de 30 días después de haber solicitado la consulta).
 - Rendimiento de la consulta externa normal arriba del 85 %.*
 - Entre otras.

*Si cumple 2 o más de los criterios marcados con asterisco se podrán implementar las estrategias.
3. El Director del Centro de Atención, que de acuerdo al diagnóstico analítico de los datos de la consulta externa especializada y sub-especializada justifique desarrollar la Estrategia de la CAI o E-AIR, informara la decisión de implementación al Departamento de Monitoreo y Gestión de Redes Integrales e Integradas de Salud y al Departamento de Atención y Programación en Salud, para que este último realice los ajustes en la planificación e informe a las dependencias administrativas y de salud relacionadas. La duración de las estrategias de atención por riesgo serán definidas de acuerdo al análisis de los resultados y necesidades del centro de atención.
4. El Director del Centro de Atención o su Designado, deberá informar a todos los responsables de Servicios Clínico-Diagnóstico a nivel local y de la red, sobre los alcances, responsabilidades y comunicación efectivos necesarios para la implementación de las estrategias clínico-administrativas a implementar.

II. REFERENCIA Y ATENCION POR RIESGO: ESTRATEGIA DE ATENCIÓN INICIAL POR RIESGOS Y CONSULTA DE ATENCIÓN INMEDIATA

5. Los médicos de Clínicas Empresariales, Clínicas Comunes, Unidades Médicas y Emergencias del ISSS, superado el nivel de resolución médica o diagnóstica del centro de atención y según la

clasificación de riesgo podrán referir al paciente al centro más cercano de acuerdo al portafolio de servicios.

6. El personal médico, para solicitar exámenes de laboratorio y gabinete, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, referir o retornar a pacientes, deberán utilizar la Estratificación de Riesgo (rojo, amarillo y verde).
7. La clasificación de riesgo establecida permitirá organizar el agendamiento de citas de los pacientes referidos a especialidades y sub especialidades, de acuerdo a lo establecido en la Norma de Referencia, Retorno e Interconsulta ISSS.
8. La E-AIR, se establecerá a todo paciente referido utilizando la identificación, intervención y manejo clínico de la especialidad correspondiente por patología, de acuerdo a las tablas de riesgo establecidas para cada especialidad para el establecimiento del orden de prioridad.
9. La atención por riesgos de los pacientes referidos a especialidad o sub especialidad, serán evaluadas por el personal médico designado por la Jefatura del Servicio/Departamento o por el Director médico del centro de atención receptor, según aplique.
10. Las atenciones por riesgos serán brindadas por médicos de la consulta especializada y subespecializada, en los consultorios ya establecidos y en horarios diferenciados, según capacidad instalada del centro de atención. El médico evaluará:
 - i. A pacientes con patologías que presenten dificultad para realizar diagnóstico etiológico.
 - ii. A pacientes según estratificación previa de riesgo.
 - iii. A pacientes referidos de emergencia o consulta externa de los centros de atención del ISSS, que ameriten una pronta evaluación, con necesidad de instauración, ajuste o cambio de tratamientos específicos de especialidades o subespecialidades.
11. La atención por riesgo a los pacientes referidos de primera vez, a la especialidad o subespecialidad, tienen como finalidad facilitar el estudio y tratamiento de pacientes que presenten condiciones clínicas que afectan su salud y precisen atenciones clínicas de alta resolución. Podrá realizarse una consulta complementaria a la de primera vez, para definir el diagnóstico etiológico y su consecuente plan de manejo a los pacientes que así lo ameriten.
12. El Director o el Responsable del área deberá designar al personal (médico /enfermería general) para clasificar al paciente sin cita y que ameritan atención de medicina general o en la Estrategia de Atención Inicial por Riesgo.

III. PROCESO PARA LA CLASIFICACIÓN DE RIESGO

13. El médico especialista o sub especialista tratante de Atención por Riesgos para pacientes referidos de primera vez, definirá la atención a brindar, de acuerdo a:
 - i. Clasificación (con o sin riesgo).



- ii. Caracterización de riesgos.
 - iii. Estratificación de riesgos.
14. La clasificación por riesgo del paciente referido estará definida por colores, según el Consenso de Especialidades en los Criterios y Requisitos de Referencia, Retorno e Interconsulta según Estratificación de Riesgo de las Especialidades y Subespecialidades del ISSS (Anexo 1. Norma de Referencia, Retorno e Interconsulta ISSS vigente):
- i. Riesgo Grave (rojo).
 - ii. Riesgo Moderado (amarillo).
 - iii. Riesgo Leve (verde).
15. Atendido el paciente en la CAI y confirmada o redefinida la clasificación por riesgo, el médico tratante de la especialidad o sub especialidad, establecerá en su evaluación los tiempos óptimos de atención subsecuente del paciente, para lo cual podrá:
- i. Indicar una consulta subsecuente en la especialidad correspondiente.
 - ii. Indicar el seguimiento conjunto con la red.
 - iii. Retornar al paciente a una consulta de atención primaria en el ISSS u otros centros institucionales.
 - iv. Referir a paciente a otra especialidad o a otra CAI, si es necesario.

IV. ADMINISTRACIÓN DE LA AGENDA POR RIESGO

16. El Administrador del Centro de Atención, el Director (en donde no haya administrador) o la persona designada, será responsable de verificar la correcta administración de las diferentes agendas de la Consulta Externa e Interconsultas solicitadas por los médicos de la red.
17. La Administración de la Agenda Médica de la consulta externa se realizará de acuerdo al riesgo clínico y las agendas a gestionar serán:
- i. Otorgamiento de citas médicas y odontológicas.
 - ii. Procedimientos quirúrgicos,
 - iii. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
 - iv. Estudios de imágenes.
 - v. Anatomía patológica.
 - vi. Estudios de laboratorio clínico.
18. El Director del Centro de Atención (Unidad Médica, Policlínico u Hospital y Consultorio de Especialidades), nombrará el Equipo de Intervención de Agenda Médica, el cual podrá estar conformado por:
- i. Médico de Especialidad o Subespecialidad.
 - ii. Enfermera de Especialidad o Subespecialidad.
 - iii. Jefe de Recepción Central o Registros Médicos, según aplique.
19. El Director de la Clínica Comunal, nombrará el Equipo de Intervención de Agenda Médica, el cual podrá estar conformado por:

- i. Médico General.
- ii. Enfermera General.
- iii. Recepcionista o encargado de archivo.

20. Para la gestión gradual de las diferentes agendas en la atención por riesgo, el Equipo de Intervención de Agenda Médica, en consenso con las jefaturas de especialidad o sub especialidades según aplique, utilizará los siguientes criterios de reorganización y logística:

- i. Análisis diagnóstico de las diferentes agendas de su área.
- ii. Intervención gradual de la agenda de acuerdo al riesgo.
- iii. Desarrollo de la estrategia para el agendamiento de citas y liberación de espacios para la atención por riesgo.

21. La administración, coordinación y monitoreo de la agenda médica, en lo que concierne a las citas ponderadas, concertadas y programadas, será realizada por el Equipo de Intervención de Agenda Médica de cada centro de atención de manera permanente. La evaluación de estas acciones la realizará el director, administrador y el equipo administrativo designando por éste, de acuerdo al plan anual previamente definido.

22. El monitoreo de las diferentes agendas permitirá realizar los ajustes necesarios, a través del análisis de los siguientes rubros:

- i. Días de espera y cupos disponibles para la atención de referencias, retornos, e interconsultas.
- ii. Demanda espontánea y demanda insatisfecha con sus respectivos diferimientos prolongados.
- iii. Horas efectivas de médicos y odontólogos generales, especialistas y sub especialistas del centro de atención.
- iv. Causales por las cuales no se brindó atención médico/odontológica a pacientes (ejemplo ausentismo del personal médico y de pacientes, entre otros).
- v. Horas de mayor y menor afluencia de pacientes.

23. El otorgamiento de citas en la E-AIR se realizará de acuerdo al plan desarrollado por la dirección médica local en horarios y días determinados, a partir de los estudios de la demanda de cada centro, utilizando la agenda médica como una herramienta de optimización para la distribución de los tiempos de consulta médica.

24. El Equipo de Intervención de Agenda Médica se coordinará con Trabajo Social, Atención al Usuario o personal designado, de acuerdo a la estructura organizativa de cada centro, en casos particulares para las siguientes actividades:

- i. Trámite de nueva cita cuando por causa de índole administrativa atribuible al ISSS se produzca pérdida de citas concertadas previamente agendadas.
- ii. Gestión para garantizar la dispensación del tratamiento prescrito al paciente de alta hospitalaria en cantidad suficiente hasta el día de su cita de control.

25. En todo centro de atención se designará a un médico generalista / enfermera general, que en forma rotativa determinará la prioridad de la atención en medicina general de los pacientes sin cita previa de acuerdo a la atención inicial por riesgo.
26. A todo paciente clasificado con riesgo que se le ha priorizado la atención el mismo día, se le asignará la cita ponderada hasta la utilización de todos los cupos disponibles.
27. A todo paciente clasificado sin riesgo, se les asignará cita concertada para su atención en las franjas horarias designadas por la dirección local, con la gestión de la agenda médica respectiva.
28. En los casos que la pérdida de cita sea ocasionada por ausentismo del paciente sin justificación, se deberá concertar una nueva cita de acuerdo a la disponibilidad de la agenda.

V. REQUISITOS DE REFERENCIA EN LA RED DE ATENCIÓN PARA PACIENTES A CONSULTA DE ATENCIÓN POR RIESGO EN ESPECIALIDAD Y SUBESPECIALIDAD

29. Los médicos tratantes podrán realizar referencias a la CAI / E-AIR a todo paciente ambulatorio y cuya condición se encuentre estable, que cumplan con uno o más de los siguientes criterios:
 - i. Patología médica de atención exclusiva de especialidad y subespecialidad, con criterios y requisitos descritos en la Norma de Referencia, Retorno e Interconsulta ISSS vigente.
 - ii. Necesidad de instauración, ajuste o cambio de tratamientos específicos de especialidades o subespecialidades, acorde al nivel de prescripción para control de patología con diagnóstico etiológico ya conocido.
 - iii. Pacientes con patologías que presenten dificultad para realizar diagnóstico etiológico (solicitud de procedimientos, entre otros).
 - iv. Pacientes según estratificación previa de riesgo.
 - v. Pacientes referidos de emergencia o consulta externa de los centros de atención del ISSS, que ameriten atención de especialidades o subespecialidades.
30. El médico general o especialista, superado el nivel de prescripción según Listado Oficial de Medicamentos (LOM) vigente y según portafolio de servicios de salud vigente, podrá interconsultar a las especialidades básicas como primera alternativa o referir a la CAI de especialidad o subespecialidad a los pacientes con diagnósticos específicos para la instauración, ajuste o cambio de tratamientos.
31. El médico especialista de consulta externa, establecido el diagnóstico que cumpla los requisitos y requerimientos de referencia a subespecialidad, derivará al paciente a la CAI / E-AIR, según portafolio de servicios de salud vigente, para manejo y seguimiento específico.
32. Los médicos de emergencia y de la consulta externa del ISSS, superada la capacidad de resolución, según portafolio de servicios de salud vigente, en lo concerniente a estudios de laboratorio y gabinete, podrán referir por las siguientes causas:

- i. Establecimiento de diagnóstico etiológico de alta resolución, así como anomalías en exámenes de laboratorio y gabinete, con resultados previamente consensuados por especialistas que ameritan su evaluación.
 - ii. Inicio, ajuste o cambio de tratamiento con indicación especializada por diagnósticos ya establecidos, que precisen la intervención de las diferentes subespecialidades.
33. En las redes de atención, se establecerán las vías de comunicación efectiva y consensuada, que serán utilizadas para solicitar citas concertadas a la CAI para pacientes de primera vez de especialidad y subespecialidad (gestión clínica de caso), así como la E-AIR, a través de medios de comunicación institucionales vigentes.
34. Para fines diagnósticos o terapéuticos, el paciente deberá ser manejado de manera ambulatoria por las diferentes redes, a través del agendamiento concertado según la estratificación de riesgo clínico, a excepción de aquellos casos que según criterio médico amerite hospitalización.

VI. PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO PARA LA ATENCIÓN POR RIESGO: ESTRATEGIA DE ATENCIÓN INICIAL POR RIESGO O CONSULTA DE ATENCIÓN INMEDIATA

35. Todo paciente referido a los centros que cuenten con la E-AIR / CAI para consulta especializada o subespecializada del ISSS, deberá presentarse a recepción de los centros con la siguiente documentación:
- a. Documento Único de Identidad (DUI).
 - b. Referencia que incluya una de las siguientes causas: aproximación diagnóstica (diagnóstico sindrómico), alta sospecha de patología específica o diagnóstico etiológico confirmado que requiere intervención por especialista o subespecialista inmediata.
 - c. Documentación que acredite los procedimientos médicos o estudios de laboratorio y gabinete efectuados, que respalden el diagnóstico médico que justifique la atención por subespecialidad, con los requisitos y requerimientos consensuados para su atención.
36. Todo paciente que acuda a la "Consulta de Atención por Riesgos", el personal de enfermería deberá tomar los signos vitales: presión arterial, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, temperatura, peso y talla registrándolos en la hoja de atención.
37. El indicador de rendimiento y estándar del médico que atiende pacientes bajo las estrategias de atención por riesgo establecidas para pacientes de primera vez (y complementaria) en la Atención por Riesgos será de 3 pacientes por hora.
38. La "Consulta de Atención por Riesgos" realizará un máximo de 2 atenciones por paciente para una patología determinada.

39. Si se decide la continuidad de la atención médica en la consulta especializada o subespecializada, el médico tratante según el riesgo encontrado en el paciente, decidirá el tiempo de la próxima consulta.
40. A todo paciente que no se le establezca diagnóstico etiológico en la CAI (tanto en la consulta inicial como en la complementaria), se continuará estudio en la Consulta Externa de los Centros de Atención que cuenten con consulta especializada o subespecializada, de acuerdo a la "Estratificación por Riesgo" del paciente y bajo los parámetros normales establecidos para tal efecto.
41. El intervalo de tiempo entre la primera consulta y la consulta complementaria será con base a la "Estratificación de Riesgo". Los pacientes con clasificación de Alto Riesgo (rojo) tendrán prioridad de acuerdo a criterio médico y a la capacidad institucional para establecer diagnóstico.
42. Las boletas de exámenes de laboratorio y estudios de gabinete, deberán llevar descritas detalladamente:
- Estratificación de riesgo asignado al estudio solicitado, tal como se expresa en la Norma de Referencia, Retorno e Interconsulta ISSS vigente.
 - Descripción detallada de la solicitud del estudio.
 - Sospecha diagnóstica.
43. Para la realización de todo procedimiento médico invasivo, deberá existir previamente la autorización de dicho procedimiento, a través de la firma del Consentimiento Informado por parte del paciente, su familiar, adulto responsable o representante legal (Anexo 2. Hoja de Consentimiento Informado).
44. A todo paciente posterior a la CAI o atendido bajo la E-AIR se le proporcionará por parte del personal de salud asignado, la información y orientación pertinente sobre el seguimiento del proceso de atención acerca de:
- Interconsultas.
 - Citas y centros que proporcionarán la atención subsecuente.
 - Dispensación de medicamentos.
 - Complemento de estudios de laboratorio o gabinete, entre otros.

VII. ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO.

45. Los Servicios de Apoyo que reciban solicitudes que cuenten con el sello de CAI y E-AIR darán prioridad según el riesgo para la toma de exámenes de laboratorio y estudios de gabinete, procesamiento y lectura de anatomía patológica, así como el otorgamiento de los resultados de los mismos.

46. Las diferentes dependencias de servicios de apoyo deberán brindar prioridad a los pacientes con Estratificación de Riesgo Grave (rojo), en la dispensa y programación de agenda a los diferentes requerimientos generados desde la "Consulta de Atención por Riesgos".
47. La indicación de exámenes de laboratorio y estudios de gabinete, así como los procedimientos diagnósticos y terapéuticos a desarrollar, servirán para establecer un diagnóstico etiológico de alta resolución en la CAI.
48. La organización y gestión de las agendas para la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, toma y lectura de estudios de radiología e imágenes, procesamiento y lectura de muestras de anatomía patológica y laboratorio clínico, se realizará bajo la priorización otorgada por la estratificación de riesgo (según consenso de expertos del ISSS) a los pacientes atendidos en la consulta externa.
49. La gestión de reposición de recetas de medicamentos, referencias, boletas de exámenes o estudios de gabinete o prórrogas de incapacidades expedidas, se resolverá administrativamente a través de Trabajo Social, de acuerdo a la Normas y Procedimientos de Trabajo Social del ISSS, vigente.

VIII. PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO PARA ATENCIÓN EN CONSULTA DE RIESGO DE SUBESPECIALIDAD, ESPECIALIDAD Y MEDICINA GENERAL

50. Todo otorgamiento de cita concertada para interconsulta o referencia a la Consulta de Atención por Riesgo, deberá realizarse a través de los medios institucionales vigentes para tal fin.
51. La cita concertada deberá contener la estratificación por riesgo, como resultado de una clasificación y caracterización previa, realizada por el médico tratante del paciente referido.
52. Todo paciente, con cita de primera vez, se presentará a recepción a la hora establecida con su comprobante de cita, referencia emitida en su centro de atención con su respectiva estratificación de riesgo y los requisitos definidos de acuerdo a los requerimientos definidos por cada especialidad.
53. El personal de recepción deberá revisar la referencia entregada por el paciente y verificará que ésta se encuentre debidamente llena, tanto con indicaciones completas, firmas y sellos respectivos, y con la estratificación de riesgo. Si se encuentra alguna anomalía deberá informar al jefe inmediato superior para tomar las acciones correspondientes a fin de ser atendido el paciente.
54. El personal de Admisión y Registros Médicos, elaborará expediente clínico a todo paciente de primera vez de la CAI / E-AIR.



55. El traslado del expediente clínico se realizará según lo establecido en la Norma para el Expediente Clínico ISSS y otros documentos relacionados vigentes.

IX. CRITERIOS Y REQUISITOS DE CONSULTA SUBSECUENTE POR RIESGO

56. Todo paciente que cumpla con los criterios y requisitos de atención subsecuente en consulta especializada o subespecializada, se le agendará su seguimiento en la consulta externa del centro de atención.

57. La estratificación por riesgo realizada al paciente, determinará la asignación del tiempo específico para la cita concertada subsecuente de éste, en la consulta especializada o subespecializada.

58. La progresión, severidad o la estabilidad de la condición clínica del paciente, de acuerdo a la estratificación del riesgo, podrá variar a criterio médico en los tiempos de consulta para cada paciente, adaptando debido a ello el número de consultas por año.

X. INTERCONSULTAS ENTRE CONSULTAS ATENCIÓN INMEDIATA

59. El médico de la CAI, podrá solicitar opinión de otro especialista o subespecialista para la gestión clínica, de acuerdo al cuadro clínico, hallazgo al examen físico, examen de laboratorio o de gabinete, necesidad de la intervención de más de una especialidad para el establecimiento del diagnóstico etiológico de una patología específica o manejo de la multimorbilidad.

60. La interconsulta será realizada a través de la "Hoja de solicitud de interconsultas, evaluación preoperatoria, referencia a odontología general y procedimientos", dentro del mismo centro de atención y en la "Hoja de Referencia y Retorno" cuando sea a otro centro (Ver Norma de Referencia Retorno e Interconsulta ISSS vigente).

61. La atención se priorizará de acuerdo a la estratificación de riesgo.

XI. CRITERIOS DE SEGUIMIENTO, RETORNO Y ALTA, DESDE LA CONSULTA DE ATENCIÓN INMEDIATA, LA CONSULTA SUBSECUENTE ESPECIALIZADA Y SUBESPECIALIZADA A LOS CENTROS DE LA RED DE ATENCIÓN

62. El médico de la CAI / E-AIR realizará la evaluación completa del paciente, para confirmar, descartar o reclasificar el diagnóstico.

63. Para todo paciente evaluado en la CAI / E- AIR con enfermedades controladas y que amerite seguimiento por especialistas o subespecialistas, se le indicará retorno y plan de seguimiento en los casos que aplique.

64. Todo paciente, que ya fue atendido por el medico especialista o subespecialista y se determine que no necesite seguimiento, deberá retornarse al centro de atención de primer o segundo nivel de la red correspondiente.
65. En caso de que el paciente requiera atención por otras disciplinas (psicología, nutrición, odontología, entre otras) deberá referirse con la respectiva estratificación de riesgo establecida.
66. Todo paciente que requiera ingreso hospitalario o atención en emergencia, como resultado de la evaluación clínica realizada por el médico, será referido al área correspondiente, propiciando la debida continuidad asistencial. Este trámite administrativo demandará la comunicación efectiva, a través de los medios institucionales de comunicación vigentes, entre los centros de atención involucrados.
67. Para la referencia del paciente a otros centros se utilizará la Hoja de Referencia y Retorno (Anexo 4).
68. A todo paciente, con una adecuada resolución del motivo de referencia médica, se le dará el alta, desde la CAI / E-AIR.

XII. GESTIÓN DE MEDICAMENTO O INSUMOS POR FARMACIA

69. Las Farmacias de los centros de atención que reciban las hojas de retornos, con planes de tratamientos e insumos indicados, que no se encuentren autorizados para el nivel de prescripción del centro de atención, deberán proceder según lo establecido en las Normas para la Prescripción de Medicamentos del LOM y la Norma de Referencia, Retorno e Interconsulta ISSS vigentes.
70. En los centros de atención se deberá planificar e incorporar al programa las necesidades de medicamentos e insumos médicos para el próximo año.

XIII. FUNCIONES DEL PERSONAL RELACIONADA A LA CONSULTA DE ATENCIÓN INMEDIATA O ESTRATEGIA DE ATENCIÓN POR RIESGOS

71. Son funciones del personal:
 - Director local o su Delegado.
 - a. Debe definir la pertinencia de la implantación e implementación de la Consulta de Atención por Riesgo a nivel local.
 - b. Gestionar la organización (según portafolio de servicios) de las agendas médicas, quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, estudios de radiología e imágenes, anatomía patológica, laboratorio clínico, entre otros.



- c. Coordinar la distribución de los tiempos de asistencia en salud para la consulta médica y odontológica general, atención médica especializada y sub especializada y el resto de atenciones integrales en salud.
 - d. Coordinar con Epidemiología el análisis poblacional de los grupos de diagnosticos en red identificados con estas estrategias.
 - e. Informar a Departamento de Atención y Programación en Salud, Departamento de Monitoreo y Gestión de Redes Integrales e Integradas de Salud, Departamento de Evaluación de la Provisión de los Servicios de Salud, red de adscripción y a nivel local la apertura de la CAI / E-AIR.
 - f. Coordinar con los Comités de Calidad (CLECA) la realización de auditoría de expedientes.
 - g. Hacer el análisis de los resultados de auditoría de los expedientes de las referencias y retornos de pacientes.
 - h. En los establecimientos donde no hay administrador, verificará la correcta administración de las diferentes agendas de la consulta externa e interconsultas solicitadas por los diferentes médicos de la red,
- Administrador.
 - a. El Administrador del Centro de Atención o la persona designada por el Director, será responsable de verificar la correcta administración de las diferentes agendas de la Consulta Externa e Interconsultas solicitadas por los médicos de la red.
 - Jefatura de especialidad, subespecialidad o Jefe de Consulta Externa.
 - a. Participar con el CLECA en la elaboración del reporte trimestral a la dirección local sobre resultado del análisis de la auditoría de expedientes.
 - b. Resolver situaciones administrativas, clínicas y diagnósticas diversas en torno a la Consulta de Atención por Riesgo.
 - c. Coordinar con el director del centro de atención la "Consulta de Atención por Riesgos".
 - d. Coordinar la organización de la agenda médica programada y concertada.
 - Médico especialista, subespecialista, médico capacitado:
 - a. Aportar su conocimiento y experiencia para la atención de pacientes de primera vez y complementaria.
 - b. Establecer la clasificación y estratificación de riesgo clínico de pacientes de primera vez (y complementaria).
 - c. Referir, retornar o dar alta a los pacientes.
 - d. Gestionar la realización de intervenciones y procedimientos quirúrgicos.
 - e. Realizar interconsultas.
 - f. Generar registro estadístico diario.
 - Médicos generales y de familia de consulta externa.
 - a. Aportar su conocimiento y experiencia para la atención de pacientes de primera vez y complementaria.
 - b. Solicitar interconsulta o referir a los pacientes cuando el proceso morbido supere la capacidad resolutive.

- c. Cumplir el "Plan de Seguimiento" definido para pacientes retornados.
 - d. Generar registro estadístico diario.
- Personal de enfermería:
 - a. Recibir a los pacientes, identificando signos de alarma para priorizar la consulta.
 - b. Asistir al médico en los procedimientos indicados al paciente, a través de la instrumentación durante el proceso, con el fin de facilitar y agilizar la realización del mismo.
 - c. Orientar al paciente sobre la aplicación, toma de medicamentos, exámenes de laboratorio, estudios de gabinete, trámites a realizar y otros aspectos en relación a su seguimiento, a fin de que éste se encuentre debidamente informado sobre todo lo relacionado a su proceso de atención.
 - d. Participar en la organización de las interconsultas médicas y procedimientos indicados a los pacientes.
 - e. Verificar que la documentación del expediente clínico esté completa, con el objetivo de facilitar al especialista la información que contribuya al diagnóstico presuntivo o definitivo.
 - f. Mantener un control y suministro adecuado de insumos para la ejecución de las actividades desarrolladas en el área.
 - g. Reportar oportunamente al jefe inmediato cualquier falla del material o equipo que se utiliza en el tratamiento, a fin de prevenir riesgos secundarios al paciente.
 - h. Elaborar informes de las actividades realizadas a la jefatura inmediata a fin de dar a conocer el trabajo realizado en el área.
 - i. Realizar otras actividades encomendadas por la jefatura inmediata.
 - Jefaturas de servicios de apoyo clínico-diagnóstico.
 - a. Implementar estrategias adecuadas para la atención de pacientes (con riesgo).
 - b. Gestionar que todos los servicios de apoyo clínico y diagnóstico realicen las actividades necesarias para dar respuesta oportuna de los servicios solicitados.
 - c. Reportar limitantes y problemas a la dirección local y jefes de servicios de especialización en la ejecución de la atención a pacientes con riesgo rojo.
 - Comités de calidad:
 - a. Cumplir con lo establecido en la "Norma de Integración y Funcionamiento de los Comites Locales de la Evaluación de la Calidad" vigente y lo relacionado con las disposiciones en la presente norma.
 - b. Realizar auditoría de los expedientes clínicos de los pacientes evaluados en la la Consulta de Atención por Riesgo.
 - c. Entregar informe al Director del Centro de Atención de la auditoría realizada a los expedientes clínicos.
 - Funciones del trabajador social.
 - a. Solventar requisitos médico-administrativos para la atención del paciente en la consulta, según normativas de trabajo social.



- b. Tramitar concertación de citas a pacientes que la perdieron la cual estaba previamente agendada.
 - c. Administrar de manera adecuada la documentación de pacientes.
 - d. Realizar y coordinar la localización de pacientes ambulatorios y dar seguimiento personalizado a sus procesos, cuando les sea requerido.
 - e. Canalizar los retornos (contrareferencias) en los casos indicados.
 - f. Elaborar, a solicitud de los pacientes, constancias médicas.
- Funciones de secretaria clínica / recepcionista / colaborador clínico / enfermería, según aplique:
- a. Recibir a los pacientes con los documentos requeridos, verificando el registro de control del derecho.
 - b. Llenado de los datos demográficos del paciente de forma completa de todo documento resultante de la consulta (recetas, boletas de exámenes, hojas de ingreso hospitalario, incapacidades, consentimiento informado y otros) con los datos correspondientes, llevando al día y en orden los libros de registro respectivos.
 - c. Mantener en orden su área de trabajo.
 - d. Verificar periódicamente la adecuada existencia de los insumos de oficina (papelería) necesarios según consumo.
 - e. Ordenar los consultorios médicos con insumos y papelería requerida cada día.
 - f. Solicitar y retornar los expedientes clínicos a Admisión y Registros Médicos, integrando las hojas de consulta resultantes, previo a la devolución de éstos.
 - g. Enviar los censos de consulta al final de la jornada diaria a Estadística.
 - h. Realizar otras actividades encomendadas por la jefatura inmediata.

XIV. OBSERVANCIA DE LA NORMA

La vigilancia del cumplimiento de la "NORMA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA POR RIESGOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL ISSS" le corresponde a los Directores de los Centros de Atención involucradas en la prestación de éste servicio, Gerencias de Servicios, Jefaturas de Servicios Clínicos de la Especialidad, Jefaturas de los Servicios de Apoyo de los Centros de Atención, Subdirección de Salud a través del Departamento de Normalización, en el ámbito de sus competencias.

XV. INFRACCIONES Y SANCIONES

Las infracciones y sanciones al incumplimiento a las presentes normas y procedimientos, en el ámbito de su competencia, están tipificados en normativas legales vigentes.

XVI. DISPOSICIONES GENERALES

Las disposiciones no contempladas en la presente normativa, serán consideradas por Subdirección de Salud, a través del Departamento de Normalización.



La revisión de la norma, de oficio, se realizará en 2 años y a solicitud de los sub-especialistas del área involucrada las veces que se considere necesario.

XVII. VIGENCIA DE LA NORMA

La "NORMA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA POR RIESGOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL ISSS" será autorizada y entrará en vigencia a partir de su aprobación y su implementación será gradualmente en las diferentes regiones en un periodo hasta de 3 años.

XVIII. OFICIALIZACIÓN

San Salvador, 11 de marzo de 2020.



Dra. Silvia G. Mendoza de Ayala.

Jefe Departamento de Normalización.



Dr. José Adán Martínez Alvarenga.

Jefe División de Regulación, Normalización y Vigilancia.



Dra. Reina Celina Vásquez de Cáceres.

Subdirectora de salud.



VII. GLOSARIO

- ALTA: acto médico que consiste el derivar a un individuo a su hogar y que no requiere control médico. Para el ISSS, este acto se puede realizar desde el ámbito hospitalario y ambulatorio.
- CAI: consulta de atención inmediata.
- CARACTERIZACIÓN DE RIESGO. Descripción de los distintos efectos potenciales del peligro sobre la salud, la cuantificación de las relaciones dosis-efecto y dosis-respuesta en un sentido científico general. La etapa final de la evaluación del riesgo, la cual es una descripción de la naturaleza y frecuentemente la magnitud del riesgo para humanos, incluyendo la incertidumbre concomitante.
- CONSULTA AMBULATORIA: atención de pacientes por enfermedades que por su naturaleza no se encuentran agendados, para la atención el mismo día.
- ATENCIÓN POR RIESGO: es la atención de los pacientes de la consulta externa del ISSS a través de las estrategias: Atención Inicial por Riego (E_AIR) y Consulta de Atención Inmediata (CAI).
- CONSULTA EXTERNA: proceso sistemático de agendamiento de una cita médica fundamentada en la estratificación de riesgo.
- CITA CONCERTADA: cita extendida por el centro de atención, derivada de una indicación médica de acuerdo al alto riesgo clínico o prioritario en el programa preventivo, proporcionada en las franjas horarias, con opción al cupo más próximo, establecidas por cada uno de ellos de acuerdo a la capacidad instalada. El documento que se utilizará para el trámite de esta cita será la hoja de referencia, retorno, interconsulta o comprobante de cita para seguimiento.
- CITA PONDERADA: cita indicada por el personal médico o de enfermería, para la atención en medicina y odontología general de clínicas comunales y unidades médicas el mismo día que solicitan atención (pacientes que acuden a demanda espontanea) proporcionándoles la atención ese mismo día de acuerdo al riesgo o 72 horas hábiles. Para dicho trámite, no necesitará hoja de referencia-retorno e interconsulta.
- CITA PROGRAMADA: cita emitida para la calendarización de consultas a pacientes de programas preventivos, enfermedades crónicas o realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos, para las citas de control de acuerdo al riesgo establecido por criterio médico.
- CRITERIO CLÍNICO: método basado en la decisión del clínico, basado en su formación, conocimiento, instinto y experiencia para identificar individuos de riesgo que pueden beneficiarse de una intervención precoz.
- CLASIFICACIÓN DE RIESGO DEL PACIENTE. clasificación de pacientes, priorizando la atención según la gravedad del caso y no más por orden de llegada. Identifica pacientes en condiciones de urgencia, aumenta la satisfacción del usuario, disminuye la congestión y organiza el flujo de atención.



- ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO. la estratificación de riesgo es una herramienta que permite identificar y/o agrupar pacientes con mayor riesgo de empeorar o de padecer un nuevo problema de salud. Sirve así para definir anticipadamente intervenciones que se adapten a sus necesidades de cuidados sanitarios futuras.
- ESTRATEGIA DE ATENCIÓN INICIAL POR RIESGOS (E-AIR): estrategia administrativa para la atención de pacientes con clasificación o estratificación de riesgos en el ámbito de medicina general y la prestación de atención por especialidades o sub especialidades médicas.
- FACTOR DE RIESGO: considerándolo como cualquier característica o circunstancia detectable, de una persona o grupo de personas, que se sabe asociada con un aumento de la probabilidad de poder ser, desarrollar o estar expuesto a un proceso morboso.
- GESTIÓN DE AGENDA: estrategia administrativa de organización y supervisión por el Director o su delegado para el agendamiento médico, quirúrgico, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, de toma y lectura de estudios de radiología e imágenes, estudios anatomía patológica y de laboratorio clínico, con el propósito de mejorar la accesibilidad del paciente, permitiendo una adecuada organización de los tiempos de atención en salud.
- INTERCONSULTA: es la participación de otro profesional de la salud para proporcionar atención integral y determinar la situación clínica del paciente, a petición del médico tratante dentro del mismo establecimiento o con otros establecimientos. Para el presente documento la responsabilidad de la atención o seguimiento es del Médico solicitante de la misma.
- MEDIOS DE CONCERTACIÓN DE CITA: vía telefónica o correo electrónico (solicitada por el centro de atención que refiere).
- PROGRAMA DE SALUD: atenciones que se realizan contra objetivos previamente establecidos por la Institución.
- REFERENCIA: es el procedimiento utilizado para derivar al paciente de un establecimiento de salud a otro o de un médico a otro acorde a la capacidad resolutive, con el fin de que reciba atención integral.
- RETORNO: consiste en regresar o devolver a un paciente al profesional médico o establecimiento de salud de donde fue referido con el fin de dar continuidad en la atención.
- RIESGO CLINICO: consenso de expertos basado en criterios clínicos para organizar la prioridad de atención médica, de acuerdo a la dinámica basada en severidad, progresión o fragilidad de la condición médica de cada paciente.

ANEXO 1. CLASIFICACIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN EN PACIENTES SIN CITA

CLASIFICACION DE ENFERMERIA PARA LA ATENCIÓN EN PACIENTES SIN CITA EN EL OTORGAMIENTO DE CONSULTA PONDERADA O CONCERTADA.

SIGNO O SÍNTOMA IDENTIFICADO

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones de la conciencia - Alteraciones del sueño - Alteraciones del ritmo cardíaco - Anafilaxias - Anuria/oliguria - Artralgias/mialgias - Cefalea intensa - Complicaciones en el embarazo - Convulsiones - Decaimiento/adinamia - Deshidratación - Diarreas - Dismenorrea - Disminución de movimientos fetales - Disuria - Dolor abdominal agudo - Dolor agudo - Dolor lumbar agudo - Efectos adversos de medicamentos - Enfermedades dermatológicas | <ul style="list-style-type: none"> - Estreñimiento - Fiebre mayor de 38 - Hemorragia vaginal abundante - Mal estado general aparente - Mareos/vértigo - Pérdida de control médico en enfermedades crónicas - Pérdida de control médico en programas preventivos - Presión arterial alterada - Problemas respiratorios agudos - Proceso gripal agudo - Prurito vaginal - Signos de hipoglicemia e hiperglicemia. - Sospecha de embarazo - Trastorno de ansiedad/depresión - Vómitos - Otra condición que el personal de salud considere pertinente |
|--|---|

Queda a criterio de enfermería, según cada caso, determinar el riesgo para cita ponderada o concertada.

ANEXO 2. HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
INGRESO, PROCEDIMIENTO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

INGRESO **PROCEDIMIENTO** **INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA**

CENTRO DE ATENCIÓN:	FECHA:	HORA:	am <input type="checkbox"/> pm <input type="checkbox"/>
NOMBRE DEL PACIENTE:	N° AFILIACIÓN/DUI/CARNÉ DE MINORIDAD:		
NOMBRE DEL FAMILIAR RESPONSABLE O REPRESENTANTE LEGAL (SOLO SI EL PACIENTE ESTÁ IMPOSIBILITADO PARA AUTORIZAR; DENEGAR O SER MENOR DE EDAD).			

DATOS DE RESPONSABLE O REPRESENTANTE LEGAL

DOMICILIO:	EDAD:	PROFESIÓN:	TELÉFONO:
DOCUMENTO ÚNICO DE IDENTIDAD (DUI).	DOCUMENTO QUE ACREDITA AL APODERADO LEGAL.		

1) Yo: _____, voluntariamente y con pleno conocimiento, por medio de la presente declaro que me han informado y explicado el Diagnóstico; Estado de salud y/o tratamiento de mí (a) salud (de mí representado) y que se resumen así:

2) Reconozco que los médicos me han explicado VERBAL y/o POR ESCRITO los riesgos comunes e inherentes, además de otras complicaciones que pueden presentarse durante y después del ingreso, procedimiento o intervención quirúrgica. Así mismo que en anestesia, transfusiones y en la administración de algunos medicamentos o tratamientos, existen riesgos de reacciones adversas y complicaciones, tales como infecciones nosocomiales; parálisis; daño cerebral, e incluso la muerte; así como se me explicó que el ingreso, procedimiento o intervención quirúrgica si lo hubiere se aplicaría en beneficio de mí (a) salud (de mí representado). La información proporcionada ha tomado en cuenta los Art. 9, 15, 16, 18 y 27 del **DECRETO N° 37 de la Ley de Deberes y Derechos de los pacientes y prestadores de la salud**, dejando constancia de lo siguiente (riesgos relevantes; riesgos posibles; naturaleza curativa o no curativa de la intervención):

C. SAFISSS 130201002



CONSENTIMIENTO DENEGATORIA

3) CONSENTIMIENTO: Por medio de la presente, en pleno uso de mis facultades OTORGO: mi expresa autorización, para que se me realice _____, que según mi condición clínica y los conocimientos científicos de los médicos y otros profesionales de salud del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, los cuales constan en el presente documento, son necesarios para el restablecimiento de mi salud, por lo que acepto desde ahora dichos riesgos por haberlos entendido plenamente. Al mismo tiempo (Si ___ No ___) autorizo al Instituto para que en caso de fallecimiento me (le) practiquen la autopsia correspondiente para la búsqueda de diagnóstico principal con seguridad razonable o contribuir a la explicación de las complicaciones surgidas.

4) DENEGATORIA: Por medio de la presente, en pleno uso de mis facultades NIEGO EXPRESAMENTE MI CONSENTIMIENTO, para que se me realice _____, Y (SOLICITO ___ NO SOLICITO ___) EL ALTA aun cuando el personal médico me ha explicado la necesidad de realizar lo descrito anteriormente, por lo que reconozco con pleno conocimiento de que los médicos y otros profesionales de salud del hospital, así como del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, NO SON RESPONSABLES directa ni indirectamente de los riesgos y consecuencias subsecuentes de la enfermedad, que asumo por esta decisión y por este medio exoneró de cualquier responsabilidad por mi (la) negativa.

5) ALTA EXIGIDA Por medio de la presente, en pleno uso de mis facultades NIEGO EXPRESAMENTE MI CONSENTIMIENTO, para SER INGRESADO O PERMANECER INGRESADO Y SOLICITO EL ALTA aun cuando el personal médico me ha explicado la necesidad de permanecer ingresado, por lo que reconozco con pleno conocimiento de que los médicos y otros profesionales de salud, así como del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, NO SON RESPONSABLES directa ni indirectamente de los riesgos y consecuencias subsecuentes de la enfermedad, que asumo por esta decisión y por este medio exoneró de cualquier responsabilidad por mi (la) negativa.

6) Hago constar que están presentes otras personas como testigos de mi voluntad, quienes también escucharon lo expresado por mi persona y según los artículos TRES Y SESENTA Y CINCO DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPUBLICA, Y VEINTIDOS DEL REGLAMENTO PARA LA APLICACIÓN DEL REGIMEN DEL SEGURO SOCIAL. Así me expresé, y leído que se hubo todo lo escrito integralmente en un solo acto, manifesté mi conformidad y dije estar redactado a mi voluntad, ratifico su contenido y todos firmamos.

Nombre según DUI de quien consiente deniega

Firma y huellas.

Nombre de testigo: _____ Edad: _____ Años. Profesión: _____
Domicilio: _____ N° DUI: _____ Firma Testigo: _____

Nombre, Firma y Sello del Médico: _____

En _____ a las _____ horas del día _____
del mes de _____ de _____

C. SAFISS 130201002



ANEXO 3. HOJA DE SOLICITUD DE INTERCONSULTA, EVALUACIÓN PREOPERATORIA, REFERENCIA A ODONTOLOGIA GENERAL Y PROCEDIMIENTOS



**INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE SALUD**

SOLICITUD DE INTERCONSULTA, EVALUACIÓN PREOPERATORIA,
REFERENCIA A ODONTOLOGÍA GENERAL Y PROCEDIMIENTOS

SELLO
CENTRO DE ATENCIÓN
Ó SERVICIO SOLICITANTE

Interconsulta Evaluación Preoperatoria Referencia a Odontología General

Procedimientos diagnósticos ó terapéuticos: _____
(Especifique)

Otros: _____

_____ (Apellidos y Nombres del Paciente) _____ (N° Afiliación)

_____ Dependencia a la que se le solicita la prestación _____ Fecha

Diagnóstico: _____

Información relevante: _____


C SAFISS 130201131

Firma y sello Médico solicitante

VoBo Director Centro de Atención
ó Designado (cuando la realización de un procedimiento lo requiera)



ANEXO 4. HOJA DE REFERENCIA Y RETORNO



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
HOJA DE REFERENCIA Y RETORNO

REFERENCIA
RETORNO

DUI TARJETA DE AFILIACIÓN CARNÉ DE MINORIDAD N° Documento _____

INFORMACIÓN GENERAL

APELLIDOS		NOMBRES	
EDAD(AÑOS)	SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	TELÉFONOS:	TRABAJO: CASA:
CENTRO QUE REFIERE:		FECHA:	HORA:

ÁREA EXCLUSIVA DEL PERSONAL MÉDICO

CENTRO HACIA DONDE SE: REFIERE RETORNA _____

EMERGENCIA MEDICINA GENERAL ESPECIALIDAD ESPECIFICAR: _____

MOTIVO DE: REFERENCIA RETORNO _____

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

DI	TA	MB	ED	OB	T	PC	PR	RO	TALLA	MI
----	----	----	----	----	---	----	----	----	-------	----

DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA, ANTECEDENTES Y EXAMEN FÍSICO (O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA MAYOR REALIZADA): _____

EXAMENES DE LABORATORIO O ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS: _____

DIAGNÓSTICO (SEGÚN CIE-10): _____

PLAN DE SEGUIMIENTO DEL PACIENTE

MEDICAMENTO (FORMA FARMACÉUTICA Y CONCENTRACIÓN)	DOSIS	DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

ALTA DE LA ESPECIALIDAD (SEGUIMIENTO EN OTRO CENTRO): REQUIERE EVALUACIÓN: NO 1 AÑO 2 AÑOS

EXAMENES O ESTUDIOS A ACTUALIZAR EN LA SIGUIENTE EVALUACIÓN: _____



RECOMENDACIONES ESPECIALISTAS: _____

PRIMA DEL MÉDICO QUE REFIERE O RETORNA

SELLO

Yo So: DIRECTOR O DESIGNADO O COORDINADOR DE EMERGENCIA

C. SAFISS 130201331

40



INSTITUTO
SALVADOREÑO
DEL SEGURO
SOCIAL

SUBDIRECCIÓN DE SALUD
DIVISIÓN DE REGULACIÓN, NORMALIZACIÓN Y VIGILANCIA
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN
MARZO - 2020

