



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL

**INSTRUCTIVO PARA LA EJECUCIÓN DE FOROS
POR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN EL ISSS**



**NOMBRE DEL DOCUMENTO: INSTRUCTIVO PARA LA EJECUCIÓN DE FOROS
POR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN EL ICSS**

DEPENDENCIA: TODOS LOS CENTROS DE ATENCIÓN DEL ICSS

CONTENIDO

CONTENIDO	2
HOJA DE APROBACIÓN	3
REGISTRO DE ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTOS	4
CAPÍTULO I. GENERALIDADES DEL DOCUMENTO	5
1. Introducción	5
2. Uso y actualización	5
3. Objetivo del instructivo	6
4. Base legal	6
5. Vigencia	6
6. Alcance del instructivo	7
7. Indicaciones para realizar los foros para la seguridad del paciente	7
8. Pasos que se deberán realizar para realizar un foro para la seguridad del paciente	9



NOMBRE DEL DOCUMENTO: INSTRUCTIVO PARA LA EJECUCIÓN DE FOROS
POR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN EL ISSS

DEPENDENCIA: TODOS LOS CENTROS DE ATENCIÓN DEL ISSS



HOJA DE APROBACIÓN

- Fecha: Marzo de 2016

AUTORIZADO POR:



Dr. Benjamín Coello
Subdirector de Salud



Dr. Ricardo Flores Salazar
Jefe de División
Políticas y Estrategias de Salud



Inga. Claudia Jennifer Molina Moreno
Jefa de Unidad de
Desarrollo Institucional

REVISADO POR:



Inga. Alicia Azucena
Jefa de Sección
Desarrollo y Gestión de Procesos



Ing. Efraín Orantes
Jefe de Departamento
Gestión de Calidad Institucional

ELABORADO POR:



Licda. Renata M. Vásquez de Vásquez
Analista de Desarrollo Institucional



**NOMBRE DEL DOCUMENTO: INSTRUCTIVO PARA LA EJECUCIÓN DE FOROS
POR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN EL ISSS**

DEPENDENCIA: TODOS LOS CENTROS DE ATENCIÓN DEL ISSS

REGISTRO DE ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTOS

VERSIÓN 0.0

CREACIÓN DEL DOCUMENTO:

Dr. Ricardo Flores Salazar	Licda. Renata de Vásquez	Dr. Benjamín Coello
Solicitado por	Elaborado por	Aprobado por
Fecha: Octubre 2015	Fecha: Octubre 2015	Fecha: Febrero 2016

PARTICIPANTES EN LA REVISIÓN Y VALIDACIÓN DE ESTE DOCUMENTO

NOMBRE	DEPENDENCIA
Dr. Salvador A. Herrera B.	Jefe Departamento Evaluación de la Calidad de los Servicios de Salud
Licda. Claudia M. Campos R.	Jefa Departamento Atención al Usuario
Dra. Guadalupe de Araujo	Jefa Departamento de Monitoreo de Redes Integrales e Integradas de Salud
Dr. Guillermo Marroquín	Director Hospital Médico Quirúrgico Oncológico
Dr. Manuel Villalobos	Director Hospital General
Dr. Armando H. Lucha	Director Hospital 1° de Mayo
Lic. Raúl Calderón	Unidad Jurídica
Dr. Ricardo Amaya	Departamento Evaluación de la Calidad de los Servicios de Salud
PARTICIPACIÓN CIUDADANA	
Darwin Eduardo Mejía Carrillo	Representación de ATRES
Omar Alexander Vasquez Rivas	Representación de Pacientes de Hemodiálisis
José Roberto Rivas	Representación de Pacientes de Hemodiálisis
José Armando Repreza	Representación de Asociación Nacional de Operados del Corazón (ANOC)
Carlos Wilber Cabrera	Representación de Grupo de Apoyo H. Oncología



CAPÍTULO I. GENERALIDADES DEL DOCUMENTO

1. INTRODUCCIÓN

En cumplimiento a las Normas Técnicas de Control Interno Específicas del ICSS, Mayo 2014 en el Capítulo III Actividades de Control (Documentación, actualización y divulgación de políticas y procedimientos, Artículos del 42 al 49), Capítulo V Normas Relativas al Monitoreo (Monitoreo sobre la Marcha, Artículo 84), así como para lograr la mayor eficiencia en las complejas operaciones del ICSS, es preciso establecer normas y procedimientos, los cuales serán cumplidos por los responsables de su ejecución con la mayor fidelidad en todo momento.

El instructivo ha sido diseñado para ser un documento dinámico y como tal, deberá ser revisado para su actualización durante el desarrollo de la vida del Instituto. Las revisiones y actualizaciones podrán ser elaboradas a iniciativa de los Funcionarios del Instituto y deberán siempre conservar o mejorar la calidad, el control y la eficiencia de los procedimientos.

Debido a que éste instructivo será el patrón bajo el cual operarán las Dependencias del Instituto y contra el cual serán medidas en su eficiencia por las auditorías que se realicen, las revisiones y enmiendas del mismo serán permitidas solamente con la aprobación del Departamento de Gestión de Calidad Institucional.

Todos los cambios o adiciones que se aprueben serán parte integrante del instructivo y deberán ser incorporados a este documento completo y permanentemente actualizado que servirá como base para sus operaciones.

2. USO Y ACTUALIZACIÓN

- Las jefaturas deberán mantener en buenas condiciones y poner a disposición del personal un ejemplar del mismo para consulta y análisis del trabajo.
- El personal de nuevo ingreso deberá estudiarlo como parte de su inducción y adiestramiento en el trabajo.
- Las jefaturas del Instituto podrán proponer revisiones y enmiendas, conservando o mejorando la calidad, el control y la eficiencia de los procesos.
- Posterior a las actualizaciones del instructivo, podrán realizarse revisiones y enmiendas del mismo, con la aprobación del Departamento Gestión de Calidad Institucional,



**NOMBRE DEL DOCUMENTO: INSTRUCTIVO PARA LA EJECUCIÓN DE FOROS
POR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN EL ISSS**

DEPENDENCIA: TODOS LOS CENTROS DE ATENCIÓN DEL ISSS

solamente una vez al año o si hubieren cambios que lo ameriten, lo cual se deberá registrar en la hoja de actualizaciones incluida en este documento.

- El Departamento de Gestión de Calidad Institucional será responsable de enviar los documentos oficializados al usuario a través del medio que se estime conveniente y será publicado en la página web institucional.

3. OBJETIVO DEL INSTRUCTIVO

El instructivo ha sido diseñado para lograr los objetivos siguientes:

- Dar cumplimiento a la Política Institucional de Participación Ciudadana vigente.
- Sistematizar y orientar los mecanismos y procedimientos de participación ciudadana y gestión de las opiniones expresadas por los ciudadanos durante la provisión de los servicios del ISSS.
- Servir de guía para la capacitación y orientación del personal involucrado en el desarrollo de los diferentes Procesos del Instituto, brindando los lineamientos específicos para mantener una administración y ejecución adecuada de los servicios prestados.
- Lograr la mayor eficiencia, calidad y control en las complejas operaciones del Instituto, ahorrando tiempo y esfuerzo en la ejecución del trabajo, al evitar la duplicidad de funciones dentro de los Procesos.

4. BASE LEGAL

El marco legal vigente en la Institución:

- Constitución de la Republica, Art. 65 inciso 2°.
- Acuerdo de Dirección General No. 2015-09-0318 a partir del 28 de septiembre 2015, donde se conforma el COMITÉ PRO SEGURIDAD DE LOS PACIENTES.

5. VIGENCIA

Este documento entra en vigencia a partir de la fecha de su aprobación y divulgación, su aplicación y cumplimiento es responsabilidad de todos los involucrados en su desarrollo.



6. ALCANCE DEL INSTRUCTIVO

La aplicación del presente instructivo busca el fortalecimiento de la gestión pública participativa y la promoción de tal derecho para todos los ciudadanos derechohabientes del ISSS para que participen en foros por la seguridad de los servicios de salud institucionales brindados a los pacientes.

7. INDICACIONES PARA REALIZAR LOS FOROS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

1. El COMITÉ PRO SEGURIDAD DE LOS PACIENTES gestionará que de manera progresiva en todos los Hospitales del ISSS se implemente "EL FORO POR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES", como un espacio institucional para participación ciudadana, con el propósito que los derechohabientes y sus familiares expresen sus opiniones asociadas a la satisfacción (insatisfacciones), dudas y comentarios sobre los servicios de salud proporcionados.
2. Los centros de atención hospitalaria y el Consultorio de Especialidades, deberán realizar una jornada de foro consultivo, por lo menos, dos veces al año. Las convocatorias deberán realizarse de forma programada sin posibilidad de coincidencias entre los diferentes centros. Para lo cual se coordinará la programación de jornadas con la División de Políticas y Estrategias de Salud.
3. Los pacientes que quieran exponer sus opiniones asociadas a la satisfacción (insatisfacciones), comentarios y/o felicitaciones al personal del centro hospitalario deberán inscribirse previamente, en el período y lugar que establezca cada centro de atención.
4. La convocatoria de fecha, hora y lugar deberá hacerse al menos con 60 días calendario previo al desarrollo de la actividad, propiciando la asistencia de los empleados del ISSS, representantes de asociaciones de usuarios, grupos de pacientes, o cualquier representante de la sociedad civil que manifieste interés en la mejora de los servicios de salud.
5. El desarrollo del foro será realizado por al menos dos funcionarios institucionales (Director del Centro de Atención y Supervisor del Departamento de Atención al Usuario), el primero como facilitador y el otro como secretario técnico; deberán solicitar la presencia de un colaborador jurídico del Departamento de Procuración para cualquier consulta legal que soliciten los pacientes participantes del foro y Coordinador de CODECAS.



**NOMBRE DEL DOCUMENTO: INSTRUCTIVO PARA LA EJECUCIÓN DE FOROS
POR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN EL ISSS**

DEPENDENCIA: TODOS LOS CENTROS DE ATENCIÓN DEL ISSS

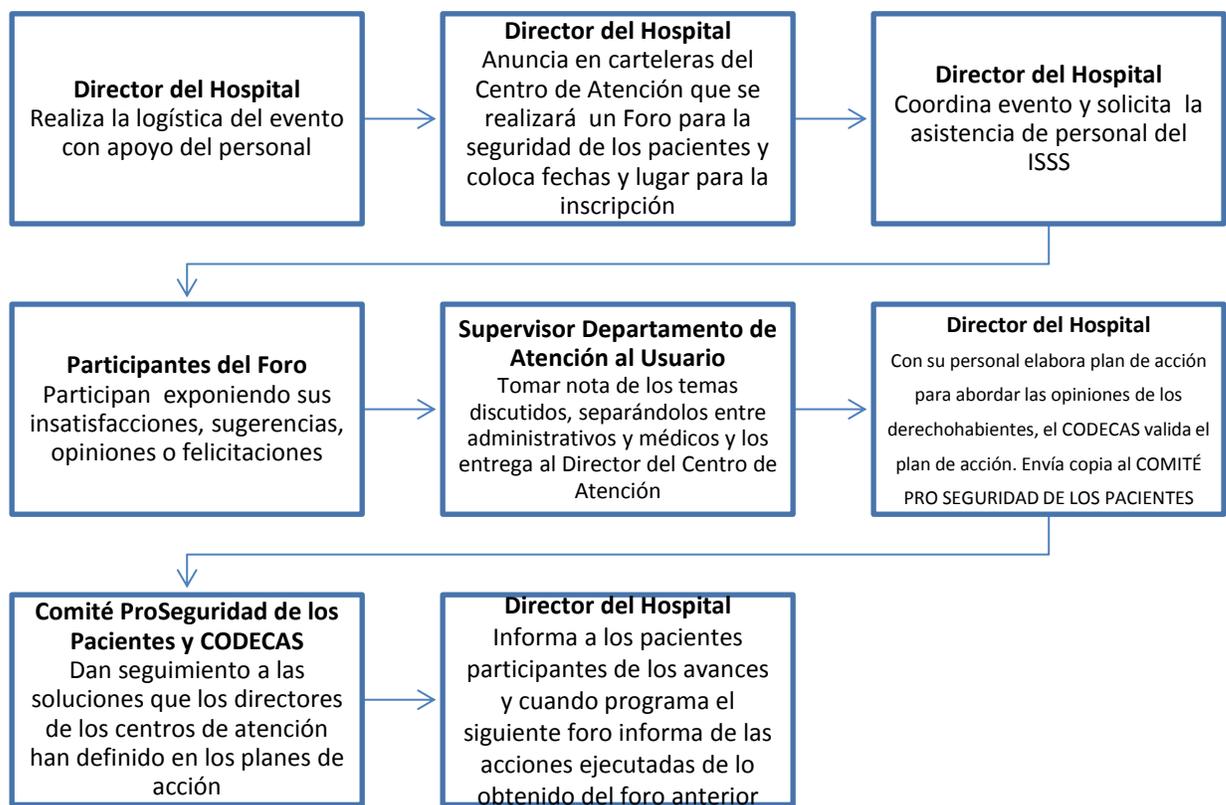
6. Para dar respuesta a los pacientes que participan en el foro se deberá tomar los datos de éstos (Nombre, DUI y teléfonos de contacto), para posteriormente contactarlos y hacerles conocer sobre las medidas de solución implementadas e invitarlos para el siguiente foro.
7. Durante el desarrollo de la actividad, el Supervisor del Departamento de Atención al Usuario deberá tomar nota de los temas discutidos; separando los señalamientos que los organizadores van a tomar (compromisos se pueden realizar hasta haber validado la información recibida), entre administrativos y asistenciales; posteriormente, el Supervisor del Departamento de Atención al Usuario clasificará las opiniones recibidas de los pacientes y entregará al Director del Centro de Atención y al Coordinador CODECAS para la resolución de casos.
8. Los organizadores del foro no deben tomar el compromiso en ningún momento referente a reintegros de gastos, servicios que no provee el ISSS, sanciones administrativas, acuerdo que requiera asignación de fondos, o cualquier otro cambio en los procesos de atención (hasta haber validado la información recibida).
9. El acta de la actividad se enviará a la Unidad de Comunicaciones para ser publicada en la página web del ISSS y también será colocada en cartelera, destinada por cada centro de atención, para dar a conocer las acciones de PARTICIPACIÓN CIUDADANA en el ISSS. El plazo máximo de la publicación deberá ser en 30 días calendario.
10. El Coordinador CODECAS cuando identifique una no conformidad en los procesos de atención en salud según lo expresado por los pacientes, deberá cuantificar la dimensión de la misma, documentará a través de un análisis de procesos la secuencia de los procedimientos asistenciales y determinará las causas de las insatisfacciones o resultados adversos y luego de forma prioritaria propondrá al Director por los mecanismos establecidos en el manual de funcionamiento CODECAS, las medidas asistenciales y/o administrativas pertinentes.
11. El Director del Centro de Atención con las jefaturas de las áreas que han sido requeridas para realizar el foro, convocadas por el coordinador del CODECAS, elaborarán un plan de acción para investigar y documentar los procesos de atención involucrados y orientar hacia las soluciones correspondientes o para hacer llegar las felicitaciones a las áreas respectivas; el CODECAS deberá validar el plan de acción propuesto. Éste plan deberá enviarse al COMITÉ PRO-SEGURIDAD DE LOS PACIENTES en el plazo máximo de 30 días calendario luego de haber realizado el foro. El comité Pro seguridad es el responsable central de la solución de estos eventos adversos.



12. El COMITÉ PRO-SEGURIDAD DE LOS PACIENTES y los CODECAS darán seguimiento a las soluciones que los directores de los centros de atención con su personal han definido en los planes de acción.

13. En el siguiente foro que se realice, se informará de las acciones ejecutadas sobre lo considerado en el foro anterior, con el objetivo de hacer constar que se está tomando en cuenta y muy responsablemente, las opiniones de los derechohabientes. (Ver anexo 1 con la información mínima a retroalimentar).

8. PASOS QUE SE DEBERÁN REALIZAR PARA REALIZAR UN FORO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE



ANEXO 1: INFORME DE AVANCES DEL PLAN DE ACCIÓN RELACIONADO A RESULTADO DEL FORO ANTERIOR.

A continuación se detalla ejemplo del reporte, con los datos mínimos que se deberán presentar en el foro siguiente, donde se realizará el seguimiento a los compromisos adquiridos por los representantes institucionales en el Foro anterior desarrollado.

INFORME DEL FORO POR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES Ejecutado en fecha_____

NOMBRE REPRESENTANTE ASOCIACIÓN O USUARIO	TEMA DISCUTIDO	CLASIFICACIÓN (Punto Seguro) Administrativos - Asistenciales	JEFATURA RESPONSABLE	ACCIONES A REALIZAR	ESTADO ACTUAL Finalizado-En proceso	FECHA DE FINALIZACIÓN
Que presentó el caso					Finalizado	Fecha en la cual finalizó
					En proceso	Fecha programada para finalizarlo

Nota: Los campos arriba detallados son los mínimos, cada centro de atención puede habilitar un control más detallado para darle seguimiento; este resumen es para rendir cuenta en el siguiente foro.