

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD
SECCIÓN REGULACIÓN TÉCNICA EN SALUD



**NORMA DE ATENCION
DE EMERGENCIAS EN EL ISSS**

JUNIO- 2018

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 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.

En este sentido se ha tenido a bien actualizar la **“NORMA DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS EN EL ISSS”**, que será el documento normativo que tendrá como objetivo brindar los lineamientos para regular la atención de emergencias que se otorga a los derechohabientes, de acuerdo a los niveles de atención de la red de servicios de los Centros de Atención del ISSS; constituyéndose en una herramienta valiosa con que contarán los profesionales que laboran en los Centros de Atención de la Institución, quienes deberán proceder a su divulgación, implantación y cumplimiento obligatorio.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Ricardo Cea Rouané', is positioned above the official stamp.



Dr. Ricardo Cea Rouané.
Director General del ISSS

CREACIÓN DE DOCUMENTO NORMATIVO.

Solicitado por:	Elaborado por	Aprobado por
Dra. Ana Guadalupe Argueta Barahona Jefa Sección Regulación Técnica en Salud	Sección Regulación Técnica en Salud Dr. Víctor Manuel Campos Madrid. Dr. Gustavo Rolando Cuéllar R. Ing. Luis Asdrúbal Ovando M.	Dra. Ana Guadalupe Argueta Barahona Jefa Sección Regulación Técnica en Salud
Abril 2017	Febrero 2018	Marzo 2018

EQUIPO REGULATORIO

Nombre	Procedencia
Dr. David Jonathan Hernández Somoza	Jefe Departamento Planificación Estratégica en Salud.
Dra. Ana Guadalupe Argueta Barahona	Jefe Sección Regulación Técnica en Salud.
Dr. Víctor Manuel Campos Madrid	Colaborador Técnico en Salud II Sección Regulación Técnica en Salud.
Dr. Gustavo Rolando Cuellar Rodriguez	Colaborador Técnico en Salud II Sección Regulación Técnica en Salud.
Dr. Ricardo Giovani Figueroa Lara	Colaborador Técnico en Salud II Sección Regulación Técnica en Salud.
Dra. Sara Lizet Granadino	Colaborador Técnico en Salud II Sección Regulación Técnica en Salud.
Dra. Mery Jeannette Cardoza de Parada	Colaborador Técnico en Salud II Sección Regulación Técnica en Salud.
Ing. Luis Asdrúbal Ovando M.	Colaborador Técnico en Salud I Sección Regulación Técnica en Salud.

PROFESIONALES QUE REVISARON LA NORMATIVA

Nombre	Procedencia
Dr. Nelson M. Alvarado Batres	Jefe Departamento Emergencia Hospital General.
Dr. Marlon Odir Perez Nolasco	Jefe Departamento Emergencia Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico.
Dra. Maritza Castillo Funes	Jefe Departamento Emergencia Hospital Materno Infantil 1° de Mayo.
Dr. Joseph Bayona Arévalo	Jefe Emergencia Hospital Amatepec.
Dra. Hilda Guadalupe Morales	Ex - Jefe Emergencia Policlinico Zacamil
Dr. Francisco Villalta Ángel	Coordinador de Emergencia Unidad Médica Santa Tecla.
Dr. Juan Jose Martinez Villalobos	Ex - Coordinador de Emergencia Unidad Médica 15 de septiembre.
Dra. Maritza Mendez de Huevo	Coordinadora de Emergencia Unidad Médica Ilopango.

PROFESIONALES QUE VALIDARON NORMATIVA

Nombre	Procedencia
Dr. Hector Humberto Hernandez	Coordinador Institucional de Ginecología
Dr. Jorge Aníbal Cabrera	Medico Director Hospital Amatepec
Dr. Carlos Ramón Menjivar	Jefe Departamento de Medicina Interna Hospital General
Dr. José Marvin Moreno Mariona	Jefe Servicio de Ginecologia y Obstetricia Hospital Amatepec
Dr. Raúl A. Martinez	Jefe de Servicio Ginecología y Obstetricia Hospital Regional Santa Ana
Dr. Jaime Alvarenga Yan	Coordinador Ginecología y Obstetricia Hospital Regional Santa Ana
Dr. Miguel Ángel Martínez V.	Jefe de Servicio Ginecología y Obstetricia Hospital Regional Sonsonate
Dr. Juan José Guzmán T.	Coordinador Ginecología y Obstetricia Hospital Regional Sonsonate
Dra. Mirna Anaya de Fajardo	Jefe de Servicio Ginecología y Obstetricia Hospital Regional San Miguel
Dra. Margarita Trejo de Soriano	Coordinadora Ginecología y Obstetricia Hospital 1° de Mayo
Dra. Marta Lizzette Morales	Jefe de Sala de Operaciones Hospital 1° de Mayo
Dra. Erika L. Palacios	Jefe de Partos Hospital Policlinico Zacamil
Dra. Josefina Minero Baldovinos	Jefe Emergencia Hospital Regional Sonsonate
Dra. Melba Iris Molina de Reyes	Jefe Emergencia Hospital Regional San Miguel
Dra. Tirza Barahona	Jefe Emergencia Hospital Regional Santa Ana
Dr. Jose Amílcar Yudis M.	Médico Director Unidad Médica Santa Tecla
Dr. José William Valiente	Médico Director Unidad Médica Quezaltepeque
Dra. Ana Marisela Lopez de Martinez	Médico Director Unidad Médica Puerto El Triunfo



Nombre	Procedencia
Dr. Luis Ernesto Muñoz Canizalez	Médico Director Unidad Médica Ahuachapán
Dr. Guillermo Rodríguez Perdomo	Médico Director Unidad Médica Metapán
Dr. Alfredo Andrés Hernández G.	Médico Director Unidad Médica San Vicente
Dra. Claudia María Rivera A.	Médico Directora Unidad Médica Santiago de María
Dr. Cristo Valladares	Médico Director Unidad Médica Zacatecoluca
Dr. Manuel Flores Melendez	Médico Director Unidad Médica La Unión
Dra. Emelinda Jeannette Escobar de Ayala	Médico Directora Unidad Médica Cojutepeque
Dra. Ana Coralia Rodezno de Peña	Médico Directora Clínica Comunal Santa Mónica
Dra. Ligia Marroquin de Menendez	Médico Directora Clínica Comunal Lourdes
Dr. Ernesto Martínez Avilés	Médico Director Clínica Comunal Santo Tomás
Dr. Carlos Alberto Sosa	Coordinador Emergencia Unidad Médica San Jacinto
Dr. Raul Funes Moreno	Coordinador Emergencia Unidad Médica 15 de Septiembre
Dra. Elizabeth Rivas de Lopez	Coordinadora Emergencia Unidad Médica Atlacatl
Dr. Luis Alfonso Flores P.	Coordinador Emergencia Unidad Médica Soyapango
Dr. Victor Rafael Carranza A.	Coordinador Emergencia Unidad Médica San Vicente
Dra. Rosa Margarita Guevara C.	Médico Internista Emergencia Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico
Dr. Inmer Manfredy Pacheco	Médico Internista Emergencia Hospital General
Dr. Juan José Guzmán Anzora	Médico Internista Emergencia Hospital Amatepec
Dr. Manuel de Jesús Villalobos	Médico Internista Hospital Policlinico Zacamil

Nombre	Procedencia
Dr. Elmer Edgardo Magaña	Médico Internista Emergencia Hospital Regional Santa Ana
Dr. David Menjivar	Médico Ginecólogo Emergencia Hospital Primero de Mayo
Dra. Xenia Molina de Alberto	Médico Ginecólogo Emergencia Hospital Primero de Mayo
Dra. Ana Gabriela Mauricio	Médico Familiar Emergencia Unidad Médica Soyapango
Dr. Gustavo Ramiro Gonzalez M.	Médico Familiar Emergencia Unidad Médica San Jacinto
Dr. Hugo Ernesto Hernández	Médico General Emergencia Unidad Médica Santa Tecla
Dra. Ana Esmeralda Solano M.	Médico General Emergencia Unidad Médica Ilopango
Dra. Emilia Gudelia Hernandez	Coordinadora de Hospitales Departamento Monitoreo de Redes Integrales e Integradas de Salud
Dra. Lucia L. Diaz de Salinas	Colaboradora Tecnica en Salud II Departamento Monitoreo de Redes Integrales e Integradas de Salud
Dra. Mirian Karina Iraheta de Herrera	Colaboradora Tecnica en Salud II Departamento Monitoreo de Redes Integrales e Integradas de Salud
Dr. Fernando Cabrera España	Colaborador Tecnico en Salud II Departamento de Evaluación de la Calidad de la Salud
Dr. Jose Guillermo Vaquerano	Colaborador Tecnico en Salud II Sección Regulación Tecnica en Salud
Dra. Claudia M. Lopez de Blanco	Colaboradora Tecnica en Salud Departamento de Investigación Científica y Docencia
Lic. Carlos Armando Mejia	Administrador Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico
Lic. Delmy Coralia Cruz de Reyes	Administradora Hospital Regional Santa Ana
Lic. Antonieta M. Anaya Von Beck	Regente de Farmacias a nivel nacional Departamento de Vigilancia Sanitaria
Lic. Leda Olivia Recinos	Jefe de Farmacia Unidad Médica Ilopango
Lic. Daniel R. Chacon Ramirez.	Jefe Interino Departamento Jurídico de Procuración

Nombre	Procedencia
Lic. Mario Roberto Portillo M.	Jefe de Enfermería Hospital General
Lic. Marta Alicia Arteaga P.	Jefe de Enfermería Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico
Lic. Ana Sonia Lopez	Jefe de Enfermería Hospital Policlínico Zacamil
Lic. Elda Judith Sanchez de Lopez	Enfermera Jefe de Servicio de Emergencia Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico
Lic. Rhina Rodriguez de Amaya	Enfermera Jefe de Servicio de Emergencia Hospital General
Lic. Mercedes de la Paz Hernandez de Hidalgo	Enfermera Jefe de Emergencia Unidad Médica Soyapango
Lic. Iris Florencia Hernandez	Enfermera Jefe de Emergencia Unidad Médica Ilopango
Lic. Carmen Isabel Herrera M.	Enfermera Jefe de Emergencia Unidad Médica Ilopango
Lic. Yahaira Elizabeth Paredes	Jefe de Enfermeras Clinica Comunal Merliot
Lic. Lorena Mercedes Cortez P.	Terapia Respiratoria Emergencia Hospital Regional Sonsonate
Lic. Guillermo Galileo Herrera	Terapia Respiratoria Emergencia Hospital Policlínico Zacamil
Lic. Velmin Armando Guerra	Jefe de Farmacia Hospital Policlinico Zacamil
Lic. Regina Guadalupe Mejia	Colaboradora Tecnica Departamento Monitoreo de Redes Integrales e Integradas de Salud
Lic. Nery Brioso de Durán	Colaboradora Tecnica en Salud Departamento Monitoreo de Redes Integrales e Integradas de Salud
Ing. Carlos A. Vásquez	Analista Unidad de Desarrollo Institucional
Ing. Pedro Henríquez	Analista Unidad de Desarrollo Institucional

Contenido

A. MARCO LEGAL	1
B. LEX ARTIS	15
C. INTRODUCCIÓN.....	16
D. PRINCIPIOS ÉTICOS DEL PERSONAL INVOLUCRADO EN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA.	18
E. OBJETIVOS.	19
F. CAMPO DE APLICACIÓN.	20
G. DISPOSICIONES GENERALES	20
I. CRITERIOS ADMINISTRATIVOS.	22
H. TRIAGE	24
I. EMERGENCIA.....	27
I. ATENCION MEDICA EN EMERGENCIA.....	27
II. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.....	27
III. CRITERIOS DE INGRESO Y OBSERVACIÓN.....	28
IV. CRITERIOS DE ALTA.....	29
V. PACIENTE FALLECIDO.....	30
VI. CRITERIOS DE TRASLADO.....	31
VII. TRASLADO EN AMBULANCIA.....	32
VIII. CESANTIAS.....	34
IX. ATENCIÓN A BENEFICIARIOS DE EMPLEADOS DEL ISSS.....	34
J. RESPONSABILIDADES DEL PERSONAL DE EMERGENCIA.....	35
I. GENERALES.....	35
II. ESPECÍFICAS.....	36
a) Jefe o Coordinador de Área de Emergencia.....	36
b) Médico de Selección (en los centros donde aplique).....	37
c) Médico del Consultorio de Emergencia.....	37
d) Médico del Área de Observación.....	38
e) Médico de Máxima Urgencia.....	39
K. RESPONSABILIDADES DEL PERSONAL DE APOYO.....	39
L. PLAN DE EMERGENCIA.....	40
M. REPORTES Y SISTEMA DE EVALUACION	40
OBSERVANCIA DE LA NORMA.....	41
INFRACCIONES Y SANCIONES.....	41
DISPOSICIONES GENERALES.....	41
VIGENCIA DE LOS LINEAMIENTOS.....	41
OFICIALIZACIÓN.....	42
O. ANEXOS	43



Anexo 1: HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	43
Anexo 2: INSTRUCTIVO PARA LA IMPLEMENTACION DEL DOCUMENTO UNICO DE IDENTIDAD (DUI) PARA IDENTIFICAR Y ESTABLECER DERECHO DE ATENCION A LOS ASEGURADOS DEL ISSS	45
Anexo 3: MAPA DE PROCESO ATENCION DE EMERGENCIA.....	49
Anexo 4: EXAMENES DE LABORATORIO DE EMERGENCIA.....	50
Anexo 5: STOCK DE MEDICAMENTOS DE PARO Y DE URGENCIA.....	51
Anexo 6: HOJA DE DEFUNCION.....	57
Anexo 7: ESTUDIOS DE GABINETE DE EMERGENCIA.....	57
Anexo 8: INDICADORES Y ESTANDARES DE CALIDAD EMERGENCIAS HOSPITALARIAS	58



CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DE EL SALVADOR

TITULO I CAPITULO 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 CONCEPCION.

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.

TITULO II: LOS DERECHOS Y GARANTÍAS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA. CAPITULO I: DERECHOS INDIVIDUALES Y SU REGIMEN DE EXCEPCIÓN. SECCION PRIMERA: DERECHOS INDIVIDUALES.

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.

Art. 3.- Todas las personas son iguales ante la ley. Para el goce de los derechos civiles no podrán establecerse restricciones que se basen en diferencias de nacionalidad, raza, sexo o religión.

Art. 8.- Nadie está obligado a hacer lo que la ley no manda ni a privarse de lo que ella no prohíbe.

SECCION CUARTA: SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA 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.

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

DISPOSICIONES GENERALES

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 o autónomas, incluido el Instituto Salvadoreño del Seguro Social que se dediquen a la prestación de servicios de salud

Derecho de Atención.

Art. 10.- Todo paciente tiene derecho a ser atendido de manera oportuna, eficiente y con calidad, por un prestador de servicios de salud cuando lo solicite o requiera, que comprende las acciones destinadas a la promoción, prevención, curación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos de acuerdo a las normas existentes.

Derecho a Trato Igualitario.

Art. 11.- El paciente recibirá en todo momento de su atención un trato digno, con respeto, esmero, cortesía, resguardando su dignidad humana e intimidad y sin ningún tipo de discriminación por razones de raza, sexo, religión, edad, condición económica, social, partidaria, política e ideológica.

Derecho a una Atención Calificada.

Art. 12.- El paciente tiene derecho a una atención en salud con calidad y calidez, con profesionales y trabajadores de salud debidamente acreditados, certificados y autorizados por las autoridades competentes para el ejercicio de sus tareas o funciones, en el ámbito público y privado.

Derecho a la Información.

Art. 13.- El paciente o su representante, deberá recibir en forma verbal y escrita, del prestador de servicios de salud, durante su atención, la siguiente información, de manera oportuna, veraz, sencilla y comprensible de acuerdo a su problema:

- a) Nombre completo del profesional de la salud que lo atenderá y su número de registro en la Junta de Vigilancia;
- b) Su diagnóstico, tratamiento, alternativas, riesgo, evolución y pronóstico respectivo;



- c) Recibir la información y explicación de manera oportuna y lo más clara posible de su diagnóstico, de sus exámenes de laboratorio, de su tratamiento, imágenes, biopsias; así como de los efectos secundarios de medicamentos y procedimientos;
- d) Duración estimada de estadía en caso de hospitalización y tratamiento; en los casos que se puedan precisar;
- e) Las posibilidades de éxito, riesgo y las consecuencias de rechazar o interrumpir un tratamiento.

Toda información antes mencionada será proporcionada al representante, cuando el paciente no se encuentre en uso de sus plenas facultades.

Derecho de Consentimiento Informado.

Art. 15.- Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante y el prestador de servicios de salud, luego de recibir información adecuada, suficiente y continua; lo que deberá constar por escrito y firmado por el paciente o su representante, en el formulario autorizado para tal fin.

Excepciones a la Exigencia del Consentimiento Informado.

Art. 18.- Son situaciones de excepción a la exigencia del consentimiento informado, las siguientes:

- a) Cuando la no intervención suponga un riesgo epidemiológico para la salud pública, según determinen las autoridades sanitarias;
- b) Cuando el paciente no esté capacitado para tomar decisiones y no existan familiares o representante legal, o estos últimos se negasen injustificadamente a prestarlo, de forma que ocasionen un riesgo grave para la salud del paciente y siempre que se deje constancia por escrito de estas circunstancias;
- c) Ante una situación de emergencia que no permita demoras por existir el riesgo de lesiones irreversibles o de fallecimiento, y la alteración del juicio del paciente no permita obtener su consentimiento; y,
- d) Ante una situación de urgencia de paciente abandonado sin pleno uso de sus facultades mentales, el profesional médico tomará las decisiones correspondientes con el fin de brindar el soporte médico adecuado.

La situación de abandono y las acciones médicas deberán quedar consignadas en el expediente. En estos supuestos, se pueden llevar a cabo las intervenciones indispensables desde el punto de vista clínico a favor de la salud de la persona afectada, dando la facultad al médico la toma de decisiones.

Tan pronto como se haya superado la situación de emergencia o urgencia, deberá informarse al paciente lo ocurrido, sin perjuicio de que mientras tanto se informe a sus familiares o representante legal.

Derecho a la Privacidad.

Art. 19.- A todo paciente se le garantizará la privacidad e intimidad durante su exploración clínica y estadía hospitalaria. El paciente podrá hacerse acompañar de un familiar si así lo estimare. Para los casos en los que esté involucrado un niño, niña o adolescente o discapacitado, siempre deben estar acompañados de familiar o representante legal.

Derecho a la Confidencialidad.

Art. 20.- Los pacientes tendrán derecho a que se respete el carácter confidencial de su expediente clínico y toda la información relativa al diagnóstico, tratamiento, estancia, pronósticos y datos de su enfermedad o padecimiento, a menos que por autorización escrita del mismo o porque existan razones legales o médicas imperiosas, se deba divulgar tal información.

Derecho a Segunda Opinión.

Art. 22.- Los pacientes, familiares o representante, tendrán derecho a solicitar una segunda opinión en cuanto al diagnóstico de su condición de salud y a las alternativas terapéuticas, ante cualquier tipo de inquietud o duda. En el área privada los costos serán asumidos por el paciente.

Derecho a Medicamentos y Otros.

Art. 24.- Los pacientes en el ámbito público y los pacientes del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, tienen derecho a medicamentos del listado oficial de medicamentos, insumos médicos, y exámenes de laboratorio y gabinete, indicados por el facultativo, de acuerdo al nivel de atención, y basados en las normas y protocolos de atención de cada institución.

Derecho a la Visita.

Art. 25.- Todo paciente tiene derecho a ser visitado por sus familiares y personas conocidas, de conformidad al horario de atención regulado por las autoridades del establecimiento, permitiéndose el acompañamiento de una persona en horario nocturno cuando las necesidades del paciente o la gravedad de su estado de salud así lo ameriten.

DEBERES DE LOS PACIENTES

Deber de Respetar al Equipo de Salud

Art. 26.- Todo paciente, familiar, acompañante o representante legal, que solicite o reciba un tratamiento ambulatorio u hospitalario, deberá tratar respetuosamente a los integrantes del equipo de salud, sean éstos profesionales, técnicos o administrativos; así como a otros pacientes que se encuentren solicitando o recibiendo servicios de salud; a excepción de aquellos pacientes cuyo estado clínico comprometa su conducta.

Deberes de los Pacientes.

Art. 27.- Todo paciente o representante legal que solicite o reciba un servicio de salud ambulatorio u hospitalario, para su adecuado diagnóstico y tratamiento, tendrá los siguientes deberes:

- a) Proporcionar información veraz y completa de sus datos personales, de sus antecedentes personales y familiares, y del motivo de su consulta u hospitalización;
- b) Cumplir las indicaciones y prescripciones que les brinde el personal de salud y someterse a las medidas que se le indiquen, cuando su estado pueda constituir perjuicio a la salud pública;
- d) Hacer uso adecuado y racional de las prestaciones farmacéuticas e incapacidad laboral;
- e) Dejar constancia por escrito cuando se rehúse a seguir las prescripciones médicas y los métodos de tratamiento del prestador de servicios de salud, o cuando cause alta voluntaria.

Deber de Cumplir Prescripciones Médicas.

Art. 28.- Todo paciente, familiares o representante legal deberá asumir y cumplir con las prescripciones generales y específicas emanadas del prestador de servicios de salud, a fin de cumplir su tratamiento y restablecer su estado de salud; esto incluye aceptar el alta médica hospitalaria cuando haya finalizado su proceso asistencial.

DERECHOS DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

Derecho de los Prestadores de Servicios de Salud a un Trato Respetuoso.

Art. 30.- Recibir de parte de todo paciente, acompañante o familiares, del equipo y personal relacionado con su trabajo, un trato respetuoso, sean éstos profesionales, técnicos o administrativos, así como la colaboración necesaria para el mejor desempeño de sus funciones.

Derechos de los Profesionales de la Salud.

Art. 31.- Además de los derechos regulados por el Código de Salud en su artículo 34 y otras disposiciones relativas a la materia, los profesionales de la salud gozarán de los siguientes derechos:

- a) El profesional de la salud de acuerdo a su experiencia, capacidad y recursos instalados, decidirá el mejor procedimiento de atención, respetando las normas, protocolos institucionales y los reconocidos internacionalmente;
- b) Obtener del paciente y los familiares, la colaboración necesaria para el mejor desempeño de sus funciones;
- c) Dejar constancia por escrito de su negativa a efectuar actos ajenos a la naturaleza de su profesión, las funciones de su cargo y las condiciones acordadas con el paciente o la institución;
- e) Recibir de la autoridad competente la colaboración necesaria para el mejor desarrollo de sus funciones.

DEBERES DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

Deberes de los Prestadores de Servicios de Salud, de dar trato respetuoso a Pacientes y Familiares.

Art. 32.- Todo prestador de servicios de salud en todo el proceso de espera, consulta, u hospitalización, deberá proporcionar al paciente, representante legal o familiar un trato digno y respetuoso.

Deberes de los Prestadores de Servicios de Salud.

Art. 33.- Todo prestador de servicios de salud, tendrá los deberes siguientes:

- a) Dar cumplimiento y asegurar la difusión de los derechos y deberes que esta Ley consagra, a todas las personas en atención a su salud;
- b) Explicar a los pacientes y usuarios, de forma clara, concisa y detallada sobre la enfermedad o padecimiento que adolezcan, y su diagnóstico, tratamiento, medicación, duración y posibles efectos secundarios;
- c) Garantizar el secreto profesional, tal como se especifica en el artículo 20 de la presente Ley;
- d) Custodiar los expedientes clínicos de los pacientes, adoptando las medidas técnicas y procedimientos adecuados para el resguardo y protección de los datos contenidos en los mismos y evitar su destrucción o pérdida;
- e) Tener una actuación diligente, profesional, ética y moral, y deberá responder cuando por negligencia, impericia, ignorancia, abandono inexcusable, cause daño o la muerte a un paciente;
- f) Colocar en sus instalaciones y establecimientos de manera pública y visible, los derechos y deberes de los pacientes; y,
- g) Aplicar el mejor procedimiento de atención, respetando las normas institucionales establecidas, de acuerdo a su experiencia, capacidad y recursos instalados.

Deber de Informar.

Art. 34.- Todo prestador de servicios de salud, explicará al paciente de manera detallada lo estipulado en el artículo 13 de la presente Ley.

Responsabilidad por Contratación de Personal.

Art. 35.- Todos los prestadores de servicios de salud sean públicos o privados, incluyendo al Instituto Salvadoreño del Seguro Social, serán responsables de las acciones de los trabajadores contratados bajo cualquier modalidad de contratación; por lo tanto, en los términos de licitación y posterior contratación se incluirán cláusulas para dar cumplimiento a la presente Ley.

PROHIBICIONES

De los Pacientes.

Art. 36.- Todo paciente que acude a recibir un servicio de salud, tendrá prohibido lo siguiente:

- a) Ofrecer a prestadores de servicios públicos de salud cualquier tipo de recompensa en carácter de pago directo por un servicio recibido;
- b) Proferir todo tipo de insultos, maltratos físicos, a los prestadores de servicios de salud, sean estos profesionales, técnicos o administrativos, otros pacientes o acompañantes;
- c) Consumir todo tipo de drogas no prescritas o ilegales, bebidas embriagantes y consumo de tabaco al interior de todo tipo de establecimiento de salud;
- d) Consumir alimentación y medicamentos no prescritos por el facultativo en el momento de estar hospitalizado, y que pongan en peligro o retrase su recuperación;
- e) Proporcionar información no veraz, incompleta y falta de datos personales de su salud, al profesional de la salud;
- f) No acatar los tratamientos y las indicaciones médicas que prescribe el profesional de la salud, salvo las excepciones indicadas en el literal e) del artículo 27;
- g) Irrespetar la intimidad de los demás pacientes y realizar actos indecorosos; y,
- h) Atentar contra la dignidad, honor y credibilidad de los prestadores de servicios de salud

De los Prestadores de Servicios de Salud

Art. 37.- Se prohíbe a los prestadores de servicios de salud, públicos y privados, en cualquiera de sus profesiones y especialidades:

- a) Proferir todo tipo de insultos a los pacientes, familiares o responsables estando en el interior de todo establecimiento público o privado de salud;
- b) Permitir el uso de su nombre a persona no facultada por la Junta respectiva, para que ejerza la profesión;
- c) Difamar, calumniar o tratar de perjudicar por cualquier medio a otro profesional en el ejercicio de la profesión;
- d) Prometer el alivio o la curación por medio de procedimientos anticientíficos o dudosos;
- e) Anunciar agentes terapéuticos de efectos infalibles;
- f) Anunciar o aplicar fármacos sin efectos terapéuticos, atribuyéndoles alguna acción; excepto aquellos utilizados con efecto placebo, debidamente justificado por el profesional de la salud;
- g) Anunciar características técnicas de sus equipos o instrumental que induzca a error o engaño;
- h) Expedir certificados en los que se exalten o se elogien la calidad o cualidad de los instrumentos o productos elaborados y distribuidos, sin respaldo de estudios validados;
- i) Publicar falsos éxitos profesionales, estadísticas ficticias, datos inexactos o cualquier otro engaño;
- j) Utilizar y publicar en medios de difusión, falsas referencias a técnicas o procedimientos personales, o que no correspondan a su formación profesional y que induzca al engaño;
- k) Publicar cartas de agradecimiento de los pacientes;
- l) Practicar hipnosis con otra finalidad, que no sea del ejercicio mismo de su profesión;



- m) Delegar en su personal técnico o auxiliar, facultades y funciones o atribuciones propias de su profesión;
- n) Expedir certificaciones profesionales por complacencia o dando datos falsos sobre el padecimiento de enfermedades no existentes; y,
- o) Aplicar tratamientos que no sean adecuados, con el objeto de mantener latente la enfermedad o afección, con el propósito de obtener honorarios permanentes del paciente. Lo anterior sin perjuicio de las demás prohibiciones establecidas en las leyes relativas a la salud, y los Reglamentos.

CÓDIGO PROCESAL PENAL.

Identificación y traslado de cadáveres.

Art. 168.- En caso de muerte violenta, súbita o sospechosa, la policía realizará además de las diligencias ordenadas por el fiscal, la inspección corporal preliminar y la descripción de la situación o posición del cuerpo y de la naturaleza de las lesiones o heridas que presente el cadáver y tratará de identificarlo por cualquier medio.

Posteriormente, dispondrá el traslado del cadáver al Instituto de Medicina Legal, a efecto de que se le practique la autopsia, cuando proceda, y se determine su identificación.

Obligación de Denunciar. Excepción.

Art. 232.- Tendrán obligación de denunciar los delitos de acción pública:

2) Los médicos, farmacéuticos, enfermeros y demás personas que ejerzan profesiones relacionadas con la salud, que conozcan esos hechos al prestar los auxilios de su profesión, salvo que el conocimiento adquirido por ellos esté bajo el amparo del secreto profesional; y sus funciones, salvo que se trate de delitos que no afecten gravemente los bienes.

En todos estos casos, la denuncia no es obligatoria si razonablemente arriesga la persecución penal propia, del cónyuge o de ascendientes, descendientes, hermanos o del compañero de vida o conviviente.

Responsabilidad.

Art. 233.- El denunciante no será parte en el procedimiento ni incurrirá en responsabilidad alguna, excepto cuando las imputaciones sean falsas. Cuando la denuncia sea calificada por el juez o tribunal de temeraria o falsa, le impondrá al denunciante el pago de las costas.

CÓDIGO DE SALUD

DISPOSICIONES GENERALES CAPÍTULO ÚNICO.

Art. 2.- Los organismos estatales, entes autónomos y en general los funcionarios y autoridades de la administración pública, así como los particulares, sean estas personas naturales o jurídicas, quedan obligados a prestar toda su colaboración a las autoridades de salud pública y coordinar sus actividades para la obtención de sus objetivos.

Art. 4.- Quedan sujetos a las disposiciones del presente código, la organización y funcionamiento del Consejo Superior de Salud Pública del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que vigilaran el ejercicio de las profesiones relacionadas de un modo inmediato con la salud del pueblo; los organismos y servicios de salud pública, los servicios de salud privada e instituciones oficiales autónomas que presten servicios de Salud.

OBLIGACIONES, DERECHOS Y PROHIBICIONES.

SECCIÓN UNO: OBLIGACIONES.

Art. 33.- Son obligaciones de los profesionales, técnicos, auxiliares, higienistas y asistentes, relacionados con la salud, las siguientes:

- a) Atender en la mejor forma a toda persona que solicitare sus servicios profesionales, ateniéndose siempre a su condición humana, sin distingos de nacionalidad, religión, raza, credo político ni clase social;
- b) Cumplir con las reglas de la ética profesional adoptadas por la Junta respectiva;
- c) Cumplir con las disposiciones del presente Código y los Reglamentos respectivos;
- ch) Colaborar gratuitamente cuando sus servicios fueren requeridos, por las autoridades de salud y demás instituciones y organismos relacionados con la salud, en caso de catástrofe, epidemia u otra calamidad general;
- d) Atender inmediatamente casos de emergencia para los que fueren requeridos;
- e) Cumplir con las disposiciones vigentes, sobre prescripción de estupefacientes psicotrópicos y agregados; y,
- f) Todas las demás obligaciones y responsabilidades que conforme al presente Código y sus reglamentos les correspondan.

SECCIÓN DOS: DERECHOS.

Art. 34.- Son derechos de los profesionales, técnicos, auxiliares, higienistas y asistentes relacionados con la Salud, entre otros los siguientes:

- c) Transferir pacientes a otros profesionales cuando en beneficio de una mejor atención lo consideren necesario.

SECCIÓN TRES: PROHIBICIONES.

Art. 35.- Se prohíbe a los profesionales, técnicos, auxiliares, higienistas y asistentes, relacionados con la Salud:

- a) Permitir el uso de su nombre a persona no facultada por la Junta respectiva, para que ejerza la profesión;
- b) Difamar, calumniar o tratar de perjudicar por cualquier medio a otro profesional en el ejercicio de la profesión;
- c) Prometer el alivio o la curación por medio de procedimientos anti-científicos o dudosos;
- ch) Anunciar agentes terapéuticos de efectos infalibles;
- d) Anunciar o aplicar fármacos inocuos, atribuyéndoles acción terapéutica;
- e) Anunciar características técnicas de sus equipos o instrumental que induzca a error o engaño;
- h) Publicar falsos éxitos profesionales, estadísticas ficticias, datos inexactos o cualesquier otro engaño;
- i) Publicar referencias a técnicas o procedimientos personales en medios de difusión no especializados en la respectiva profesión;
- l) Delegar en su personal técnico o auxiliar, facultades y funciones o atribuciones propias de su profesión;
- ll) Expedir certificaciones profesionales por complacencia o dando datos falsos sobre el padecimiento de enfermedades no existentes; y,
- m) Las demás que la Junta respectiva, el presente Código y los Reglamentos respectivos les prohíban.

Art. 37.- El secreto profesional es un deber que nace de la esencia misma de la profesión. El interés público, la seguridad de los enfermos, la honra de la familia y la respetabilidad del profesional exigen el secreto por lo cual deben mantener confidencialmente cuanto vean, oigan o descubran en el ejercicio de su profesión.

Art. 38.- El Secreto profesional se recibe bajo dos formas:

- a) El secreto explícito formal, textualmente confiado por el paciente al profesional; y,
- b) El secreto implícito que resulta de las relaciones del paciente con el profesional.

El secreto profesional es inviolable; salvo el caso de que, mantenerlo, vulnere las leyes vigentes o se tenga que revelar en un peritaje o para notificar enfermedades infecto contagiosas ante las autoridades de salud

Art. 39.- Los profesionales, técnicos, auxiliares, higienistas y asistentes relacionados con la salud, son responsables legalmente de sus actos en el ejercicio profesional, cuando por negligencia, impericia, ignorancia, abandono inexcusable, cause daño o la muerte del paciente.

SECCIÓN DIECINUEVE: TRASPLANTE DE ORGANOS O TEJIDOS.

Art. 128-D.- La obtención de órganos o tejidos para trasplante, podrá ser a partir de personas vivas o muertas, que en vida hayan expresado, su voluntad de donar de la manera que se establece en el siguiente artículo.

En el caso de personas muertas, la autorización también la podrá otorgar cualquiera de los parientes que le subsistan, en el orden siguiente: padres, cónyuges, hijos, hermanos o abuelos.

Art. 128-E.- La voluntad de ser donante de órganos o tejidos podrá expresarse ya sea en la licencia de conducir o en el documento de identidad personal vigente, o mediante escritura pública otorgada ante notario.

Art. 128-F.- El diagnóstico y certificación de la muerte de una persona, se basará en el cese irreversible de las funciones cardiorespiratorias, o bien cuando se demuestre la pérdida de las funciones encefálicas y del tronco cerebral, conforme el respectivo protocolo.

Art.128-O.- Todo procedimiento relativo a trasplante de órganos o tejidos, deberá realizarse conforme a lo que prescribe el reglamento y los protocolos médicos correspondientes; éstos últimos serán autorizados y actualizados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

LEY DE TRANSPORTE TERRESTRE, TRANSITO Y SEGURIDAD VIAL.

CAPITULO I: DEL TRANSITO Y LA CIRCULACIÓN VEHICULAR.

Art. 57.- Los vehículos de la Policía Nacional Civil, de seguridad presidencial, de instituciones de servicios de emergencias y hospitalarios, tendrán derecho preferencial de circulación, cuando lo hagan en cumplimiento de sus funciones.

REGLAMENTO GENERAL DE TRANSITO Y SEGURIDAD VIAL.

CAPITULO I: DE LOS VEHÍCULOS SUJETOS A ESTE REGLAMENTO.

Art. 10.- Los vehículos sujetos al presente Reglamento, son todos aquellos destinados a circular por las vías públicas para el transporte de pasajeros y carga. Los vehículos que caminen sobre rieles, se sujetarán a sus respectivos reglamentos.

CAPITULO II: DE LAS REGLAS DE CIRCULACIÓN VEHICULAR DE CARACTER GENERAL.

Art. 98.- En la Circulación Vehicular todo conductor deberá atender y ejecutar las reglas que se dan a continuación:

5. Ceder el paso a todo vehículo de policía, de bomberos, ambulancia y otros vehículos de emergencia, cuando lleven sirena abierta.

Art. 125.- Tendrán prioridad de paso con respecto a los demás vehículos:

2. Los de emergencias debidamente autorizadas, los cuales gozarán de preferencia en la vía, siempre que se identifiquen con señales visuales y sonoras características, y que cumplan con las limitaciones reglamentarias. En tal caso los demás vehículos deberán detener su marcha, y maniobrar para el libre paso al vehículo de emergencia, reanudando la marcha una vez que la haya pasado el vehículo de emergencia;

CAPITULO IV: DE LOS VEHÍCULOS CON DERECHO A VIA LIBRE.

Art. 134.- Derecho a vía libre es el que tienen determinados vehículos que para llegar al lugar de su destino, directa e inmediatamente, pueden abrirse paso entre los demás vehículos de cualquier clase, que transiten en la vía pública, los cuales por su parte tienen la obligación de cederles el paso, bajo responsabilidad estricta de sus respectivos conductores.

Art. 135.- Únicamente tendrán el derecho de vía libre:

2. Las ambulancias de emergencias, asistencia médica y Cruz Roja, cuando lleven o vayan a traer enfermos de suma gravedad para ser conducidos a los hospitales, clínicas particulares, etc.

Art. 136.- Los vehículos determinados en el artículo anterior, podrán circular a cualquier velocidad siempre que se trate del desempeño del cometido a que están formados y que la urgencia del momento así lo requiera; pero en todo caso deberán anunciar su presencia con la debida anticipación por medio de sirenas especiales u otro aviso similar.

Art. 137.- Es obligación de todo conductor de vehículo, cualquiera que sea su clase y la persona que lo guíe, ceder el paso a los vehículo que tienen derecho a vía libre.

LEY DEL SEGURO SOCIAL

CAPITULO I: CREACIÓN Y OBJETO.

Art. 2 El Seguro Social cubrirá en forma gradual los riesgos a los que están expuestos los trabajadores por causa de:

- a) Enfermedad, accidente común.
- b) Accidente de trabajo, enfermedad profesional.
- c) Maternidad.
- d) Invalidez.
- e) Vejez.

- f) Muerte y
- g) Cesantía involuntaria.

Asimismo tendrán derecho a las prestaciones por las causales a) y c) los beneficiarios de una pensión y los familiares de los asegurados y de los pensionados que dependan económicamente de éstos, en la oportunidad, forma y condiciones que establezcan los Reglamentos.

SECCION PRIMERA: DE LOS BENEFICIOS POR ENFERMEDAD Y ACCIDENTE COMÚN.

Art. 48 En caso de enfermedad las personas cubiertas por el Seguro Social tendrán derecho, dentro de las limitaciones que fijen los reglamentos respectivos, a recibir servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos, odontológicos, hospitalarios y de laboratorios y los aparatos de prótesis y ortopedia que considere necesarios.

El Instituto prestará los beneficios a los que se refiere el inciso anterior, ya sea directamente o ya sea por medio de las personas o las entidades con las que se contrate el efecto.

Art. 50.- Cuando la enfermedad fuere causada deliberadamente por el asegurado o se debiera a mala conducta suya, no tendrá derecho a los subsidios, sino solamente a los servicios médicos indispensables.

Art. 59.- En caso de maternidad, la trabajadora asegurada tendrá derecho, en la forma y por el tiempo que establezcan los reglamentos, a los siguientes beneficios:

a)- Servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos, odontológicos, hospitalarios y de laboratorio, en la medida que se hagan indispensables, y a los cuidados necesarios durante el embarazo, el parto y el puerperio.

NORMAS CONTROL INTERNO ESPECIFICOS 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 registrarán 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 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

Los servicios de Emergencia, en nuestro país en general y en la Institución en particular, vienen sufriendo un aumento constante y permanente de la demanda, de tal forma que en el ISSS se han visto aumentadas las atenciones en emergencias de 1, 315,000 en el año 2006 a 1, 640,000 en 2016, hecho que dificulta de sobremanera la atención rápida y eficaz que se le demanda al personal que asiste estos vitales servicios. Esto es debido, al menos en parte, a la utilización de los servicios de urgencias para la resolución de situaciones no urgentes, lo cual puede condicionar demoras en la pronta asistencia de los pacientes graves, además de generar consecuencias negativas para los centros de atención con estas áreas, entre las cuales se incluye el notable incremento de los costos asistenciales.

Debido a esto, el proceso de clasificación de los pacientes que acuden a las emergencias, tanto hospitalarias como las de los diferentes centros de menor complejidad, se ha convertido en una imperante necesidad, a causa de esta gran demanda de atención espontánea y la consecuente saturación que a causa de ello sufren de manera frecuente dichos servicios. Esta clasificación de los pacientes se ha venido realizando, de manera ya sea formal o informal desde muchos años atrás; pero para brindar una respuesta adecuada y eficaz es imperativo establecer un manejo eficiente del equipo humano de dicho servicio, que sea capaz de identificar las necesidades del paciente, establecer prioridades e implantar un tratamiento adecuado realizando una eficiente disposición de los recursos.

Todo este contexto ha obligado a una transformación progresiva de estas áreas y servicios con conlleva cambios de carácter estructural, organizativo y funcional para adaptarse adecuadamente a esta situación, siendo el triage uno de los puntos clave en dichas modificaciones.

El triage es una estrategia que permite realizar una gestión del riesgo clínico, para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda supera con creces a los recursos disponibles. Este debe ser la llave para una asistencia eficaz y eficiente y por tanto, una herramienta rápida, fácil de aplicar y con un fuerte valor predictivo de gravedad, evolución y utilización óptima de recursos.

La aplicación del triage tal como lo conocemos se desarrolló inicialmente con planteamientos diversos basados en escalas de 3 o 4 niveles de categorización que, al no haber demostrado suficiente fiabilidad, relevancia y validez, han sido casi todas sustituidas en los años recientes por escalas de 5 niveles de priorización, que pueden ser aplicadas en los modelos del denominado triage estructurado. Este hace posible clasificar a los pacientes a partir del grado de urgencia, de tal modo que los pacientes más urgentes serán asistidos primero y el resto reevaluados hasta ser atendidos por el personal médico respectivo. Se acepta, en consecuencia, que las funciones del triage deben ser:

1. Identificar de los pacientes en situación de riesgo vital.
2. Asegurar la priorización en función del nivel de clasificación.
3. Decidir el área más apropiada de atención para cada uno de los pacientes.
4. Asegurar la reevaluación de los pacientes de bajo riesgo.
5. Aportar información sobre el proceso asistencial y disponer de información adecuada para familiares.
6. Mejorar el flujo de pacientes, a fin de lograr la descongestión del servicio.

La estrategia triage puede servir también para valorar otra serie de parámetros de índole administrativo: El tiempo de estancia en el servicio de emergencia, el porcentaje de ingresos en función del nivel de gravedad, la necesidad puntual de recursos, entre otros; que indirectamente van a relacionarse con cada uno de los niveles de prioridad y que están estrechamente condicionados por el incremento de la demanda, la cual depende tanto de determinantes externos (afluencia) como internos (capacidad del servicio según personal instalado, demora en el proceso de atenciones, espera de cama para ingreso en los casos de los servicios hospitalarios, entre otros). Todos estos parámetros son fundamentales para orientar la gestión organizativa, económica y el funcionamiento de las emergencias institucionales, así como para facilitar las opciones de salida al paciente al que se le brinda este tipo de atención, de acuerdo a la naturaleza del problema de salud por el cual éste acude.

Es por ello que se ha tenido a bien actualizar los lineamientos contenidos en la presente **NORMA DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS EN EL ISSS**, los cuales tienen como objetivo regular y estandarizar el proceso de atención que se otorga a los derechohabientes en los diferentes departamentos, áreas y servicios de emergencia; de acuerdo a los niveles de la red de servicios institucional, y de manera coherente con el nivel de gravedad de cada caso en particular.

D. PRINCIPIOS ÉTICOS DEL PERSONAL INVOLUCRADO EN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA.

Los departamentos, servicios y áreas de emergencia de la institución tienen como filosofía y razón de ser, aportar los cuidados de soporte vital que precisa el derechohabiente de la manera más expedita posible cuando surge la pérdida brusca de salud, a fin de preservar la vida o disminuir las posibles secuelas por su padecimiento.

En estas áreas, los principios éticos deben regir la conducta profesional de todos los miembros del personal en general, y del médico de emergencia en particular.

Estos principios en los que podemos y debemos basar el actuar a nivel institucional serán:

- **Principio de autonomía:** Basado en la capacidad del paciente de tomar sus propias decisiones sobre los actos médicos practicados sobre él. En este principio se contempla la práctica del consentimiento informado, que permite autorizar el acto médico tras la información necesaria y ajustada a las capacidades del paciente para su debida comprensión.
- **Principio de beneficencia:** Basado en hacer el mayor bien al paciente, de acuerdo con el conocimiento médico actualizado y procurando respetar sus valores y preferencias.
- **Principio de no maleficencia:** Basado en la búsqueda de no dañar a los pacientes, o minimizar el daño de la actuación sanitaria por falta de conocimiento actualizado, impericia o negligencia, así como no abandonarlos en los momentos de necesidad.
- **Principio de justicia:** Basado en la distribución equitativa de los bienes y servicios sin distinciones, para proveer el mejor cuidado de la salud, según las necesidades y conforme a un interés público. Con él garantizamos el trato de cada uno de los pacientes con la misma calidad de atención a todos en un momento dado, clasificándolos y priorizando entre ellos de acuerdo única y exclusivamente a su gravedad, utilizando la estrategia triage.

Teniendo como base lo anteriormente mencionado, los siguientes serán los valores que regirán al personal que labora en los departamentos, servicios y áreas de emergencia de nuestra Institución; y su fiel cumplimiento será responsabilidad de las coordinaciones, jefaturas de servicio, departamentos y áreas involucradas en la atención de emergencia:

- **Humanismo:** Ser benevolente, procurando siempre hacer el bien, dedicando todos los esfuerzos, conocimientos científicos y técnicos a la prevención, recuperación, rehabilitación y promoción de la salud humana. Además, poseer gran sensibilidad ante los problemas de los pacientes y sus familiares, enfocando sus esfuerzos en ayudar a resolverlos.
- **Profesionalidad:** Demostrar preparación médica adecuada, dominio de la técnica e interés por la constante actualización e investigación, respetándose a sí mismo a la vez

que a sus pacientes y los derechos, tanto de ellos como de sus familiares, colegas y demás personas con las que se interrelaciona.

- **Responsabilidad:** Mostrar un compromiso permanente, personal y voluntario tanto con el paciente como con todas las tareas asignadas, manifestado en el cumplimiento estricto de sus obligaciones, sin que esto limite la autenticidad y creatividad en el desempeño de su profesión.
- **Sencillez:** Presentar un estilo y conducta desprovistos de artificios, así como moderación en el desarrollo de las relaciones interpersonales, que incluya un gran sentido de humildad.
- **Honestidad:** Generar en todo momento la demostración de interés por el paciente y sus problemas, valorándolos a todos ellos por igual, independientemente de su condición personal, profesión o grado académico, situación económica, u otras características particulares.
- **Cortesía:** Presentar en todo momento un aspecto y porte personal correctos, así como buenos modales, utilizando tanto un lenguaje apropiado como un alto nivel de educación en su trato con las personas a las que atiende y con las que se interrelaciona.
- **Cultura:** Tener una visión general del desarrollo de la humanidad en el más amplio sentido, siendo sensible acerca de la naturaleza en general y humana en particular; comportándose en su relación con el medio y con las demás personas de acuerdo con su nivel de desarrollo profesional, y mostrando una preocupación constante por elevar su nivel de cultura.
- **Probidad:** Obrar con la rectitud, integridad, moralidad y honradez a la que tiene que ajustarse la conducta humana en general y la conducta médica en particular.

E. OBJETIVOS.

GENERAL:

Regular y estandarizar el proceso técnico-administrativo de atención del derechohabiente que acude a los departamentos, servicios y unidades de emergencia habilitadas en los diferentes centros de atención institucionales, tanto hospitalarios como de atención ambulatoria.

ESPECÍFICOS:

- a) Establecer el proceso de atención de pacientes que se aplicará en los departamentos, servicios y unidades de emergencia de los centros de atención de la red del ISSS.
- b) Definir las responsabilidades del personal y los requerimientos técnico-administrativos para la atención en los departamentos, servicios y unidades de emergencia de los centros de atención de la red del ISSS.

F. CAMPO DE APLICACIÓN.

La presente normativa es de observancia obligatoria para los profesionales que brindan atención en salud en los departamentos, servicios y áreas de emergencia habilitadas para atención de adultos en todos los centros de atención que disponen de dicho servicio.

Los centros de atención que brindan servicios de emergencia, observación y hospitalización pediátrica a niñas y niños de 0 hasta 12 años cumplidos, cuentan con los "LINEAMIENTOS NORMATIVOS PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN DEL ISSS" para su funcionamiento.

Para la correcta aplicación de la presente normativa institucional, todo establecimiento que brinda atención médica que manifieste, proporcione o practique atención en salud y el personal profesional, técnico y auxiliar que participe en ésta, tomará en cuenta los preceptos contenidos en el presente documento, en beneficio del usuario, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar.

G. DISPOSICIONES GENERALES

1. La atención de emergencia en hospitales, policlínicos y unidades médicas se brindará en los horarios establecidos, según su capacidad instalada y consignados en el portafolio de servicios disponible a nivel institucional.
2. En toda emergencia la finalidad será tratar a pacientes agudamente enfermos o lesionados (valorar, reanimar y estabilizar).
3. La atención de emergencia será proporcionada a todo derechohabiente que acuda a dichas áreas, así como a toda persona no derechohabiente que se presente o sea trasladado con una condición **aguda, crítica y excepcional que comprometa su vida**. Estos últimos casos, posterior a su manejo inicial y estabilización de sus constantes vitales y hemodinámicas, deberán ser referidos al centro de atención del sistema nacional de salud correspondiente, para su manejo subsecuente.
4. Los centros de atención que disponen de departamento, servicio o área de emergencia son los siguientes:
 - Región Metropolitana:
 - Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico.
 - Hospital General.
 - Hospital 1 ° de Mayo.
 - Hospital Amatepec.

- Hospital Policlínico Zacamil.
 - Unidad Médica Atlacatl.
 - Unidad Médica San Jacinto.
 - Unidad Médica 15 de septiembre.
 - Unidad Médica Soyapango.
 - Unidad Médica Ilopango.
 - Unidad Médica Santa Tecla.
 - Unidad Médica Apopa.
- Región Central:
- Unidad Médica Zacatecoluca.
 - Unidad Médica Cojutepeque.
 - Unidad Médica San Vicente.
- Región Occidental:
- Hospital Regional Sonsonate.
 - Hospital Regional Santa Ana.
 - Unidad Médica Ahuachapán.
 - Unidad Médica Metapán.
- Región Oriental:
- Unidad Médica San Miguel.
 - Unidad Médica Usulután.
 - Unidad Médica La Unión.
 - Unidad Médica Santiago de María.
 - Unidad Médica Puerto El Triunfo.
5. Las unidades médicas de baja complejidad no mencionadas en el listado anterior, clínicas comunales y clínicas empresariales no prestarán servicio de emergencias, con excepción de aquellos casos que en calidad de demanda espontánea y con su capacidad instalada puedan resolver en forma inmediata, proporcionando a los pacientes las primeras medidas tendientes a su estabilización hemodinámica, como parte del manejo previo a su traslado y posterior atención en la unidad de emergencia del centro que corresponda, según la complejidad de cada caso.
6. Todo derechohabiente que sea referido por personal médico de alguno de los centros de atención del sistema nacional de salud a una emergencia del ISSS, deberá presentar:
- a) Referencia correctamente llena y con letra legible, que incluya un resumen médico completo del caso, previa comunicación y coordinación pertinente con los pares responsables del establecimiento receptor (centro de adscripción más cercano). En caso de no ser posible la comunicación con el establecimiento receptor, esto deberá ser consignado en el documento de referencia. (*)

- b) Evaluaciones y exámenes de laboratorio realizadas en su consulta actual o previa, si hubieren. (*)
- c) En casos específicos en que así sea requerido por la alta complejidad de sus patologías, le será solicitado al Centro de Salud referente el expediente clínico completo, siguiendo los canales institucionales de custodia del expediente clínico.
7. A todo derechohabiente que, como resultado de su atención de emergencia, amerite la realización de un procedimiento médico quirúrgico; la autorización o denegatoria respectiva a éste deberá ser efectuada por parte del paciente mismo, uno de sus familiares adultos o la persona cercana responsable a través del correcto llenado de la Hoja de Consentimiento Informado (Ver Anexo 1), la cual deberá ser adjuntada al expediente clínico, a excepción de los casos descritos en el artículo 18 de la ley de deberes y derechos de los pacientes y prestadores de servicios de salud.

() De acuerdo a lineamientos técnicos para la referencia, retorno e interconsulta en la RIIS, MINSAL 2016.*

I. CRITERIOS ADMINISTRATIVOS.

8. Todos los servicios de emergencia institucionales contarán con un responsable médico; asimismo con un profesional de enfermería, designados ambos por la dirección local como responsables del personal de estas áreas, según el organigrama y la organización del centro de atención. En los centros de atención que por su complejidad así lo requiera, éste último también tendrá responsabilidades de índole administrativa.
9. Todo el personal de salud institucional que presta atenciones de emergencia deberá conocer y velar por el estricto cumplimiento de la presente normativa.
10. Todo centro de atención que brinde los servicios de emergencia, deberá comprobar la acreditación al derecho de atención.
11. De manera ordinaria, a todo derechohabiente que acuda a emergencia se le registrara posterior a la selección realizada por el personal de salud. Este registro se realizará de forma electrónica o manual (cuando la electrónica no se encuentre disponible), lo cual le asignará un número correlativo de atención y la consecuente Hoja de Consulta.
12. Todo centro de atención de acuerdo a su capacidad instalada gestionara la distribución del personal así como la gestión local correspondiente, para aplicar de la mejor forma el triage propuesto en la presente normativa.
13. La hoja de consulta resultante de todos y a cada uno de los casos atendidos en emergencia deberá ser archivada utilizando los mecanismos establecidos para este fin, por el personal del área de recepción, en coordinación y bajo supervisión de la sección Administración y Registros Médicos de cada uno de los centros de atención.

14. Todo derechohabiente que será atendido en emergencia como resultado del proceso de selección deberá ser registrado para comprobar la acreditación de derecho, presentando su Documento Único de Identidad (DUI) o los otros documentos válidos según INSTRUCTIVO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL DOCUMENTO ÚNICO DE IDENTIDAD (DUI), PARA IDENTIFICAR Y ESTABLECER DERECHO DE ATENCIÓN A LOS ASEGURADOS DEL ISSS (ver Anexo 2). En los casos donde el paciente no disponga del documento descrito en el anterior instructivo según sea el caso para su identificación y no se logre acreditar el derecho por ningún medio, se procederá de la siguiente manera:
- A. Si la evaluación clínica indica que el paciente presenta una emergencia médica, se atenderá de manera inmediata, procediendo posterior a su manejo inicial y estabilización de sus constantes vitales y hemodinámicas, a referirlo al centro de atención del sistema nacional de salud más cercano y adecuado al nivel de complejidad de la patología atendida.
 - B. Si la evaluación clínica indica que el paciente presenta una urgencia médica, se podrá atender previa evaluación y autorización del jefe, coordinador o responsable designado del área, lo cual será consignado por el personal de recepción en la hoja de emergencia y bajo la condición de presentar durante la estancia en el departamento, servicio o área de emergencia el documento requerido. Si esto último no se cumple en dicho lapso, el paciente será referido al centro de atención del sistema nacional de salud más cercano para continuar su manejo.
 - C. Si la evaluación clínica indica que el paciente presenta una afección o patología de carácter ambulatorio, se referirá, dejando constancia de ello con un documento de referencia y retorno, al centro de atención correspondiente de acuerdo a su sitio de residencia, brindándole las recomendaciones pertinentes y haciendo énfasis en la importancia de presentar a la consulta respectiva en ese centro su Documento Único de Identidad (DUI).
15. Los médicos de emergencia no extenderán ningún tipo de documento (recetas, incapacidades, boletas de exámenes de laboratorio o estudios de gabinete, entre otros) si éstos no son derivados de una atención médica consignada en la hoja correspondiente. Los profesionales antes mencionados también deberán llenar toda la papelería vigente que corresponda, ya sea de carácter institucional o externo (censos de consulta, incapacidades, hojas de reporte obligatorio, FONAT, ISDEM, entre otros requeridos) para efectos de vigilancia epidemiológica, detalle de gastos de insumos, estadística, entre otros.
16. El paciente recibirá información oportuna y completa de su caso por parte del personal de salud posterior a la atención médica durante su estancia en el centro de atención.

17. Todo derechohabiente que sea ingresado temporalmente al área de observación tiene derecho a recibir visitas durante su estancia, salvo excepciones por prescripción médica y, en todo caso, de acuerdo a las normas vigentes.
18. El centro de atención deberá aplicar e implementar las medidas establecidas para el adecuado comportamiento de los derechohabientes, acompañantes y visitantes durante su estancia en emergencia, tales como guardar el debido respeto a todo el personal médico, paramédico, enfermería y de servicios de apoyo de la institución, no portar ningún tipo de armas, recordando cumplir con lo establecido en la ley de prohibición del tabaco, en el sentido que está prohibido fumar en todos los centros de atención del ISSS.

H. TRIAGE

19. El triage de emergencia institucional será un proceso rápido y dinámico, en el que se clasificará sistemáticamente la prioridad del paciente, a fin de asignar eficientemente los recursos de emergencia, y que todos los pacientes que se presentan solicitando atención, sean clasificados según su estado clínico.
20. El triage de emergencia institucional clasificará a los pacientes que soliciten atención según el criterio de gravedad, utilizando la estrategia establecida en el presente documento, derivando al paciente de manera oportuna y personalizada si la gravedad del mismo lo requiere, al área correspondiente según su estado clínico y compromiso hemodinámico.
21. La estrategia triage a nivel institucional está basada en el establecimiento y clasificación de riesgos según niveles o categorías, en función de los síntomas que expresa el paciente en el momento del primer contacto y los signos observados por el profesional que lo realiza en la emergencia. El diagnóstico sindrómico, clínico o por síntomas deberá ser establecido no en la selección, sino a través de la atención médica correspondiente.
22. La estrategia triage constará de 5 niveles de prioridad, atribuyéndole a cada una de estas categorías o 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.
23. 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).

24. Los niveles de prioridad de la estrategia triage médico quirúrgico (*) son los siguientes:

TRIAGE 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.
<ul style="list-style-type: none"> • 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.
<ul style="list-style-type: none"> • 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.
<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo estimado de atención por médico: Entre 45 y 120 minutos. 	
Nivel 4 (Color Verde)	Paciente con afección no urgente.
<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo estimado de atención por médico: Igual o mayor a 120 minutos. 	
Nivel 5 (Color Azul)	Paciente con afección no urgente de carácter ambulatorio.
<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	
<p>(*) Niveles de Clasificación de la Manchester System Triage con modificaciones de expertos institucionales del área.</p>	

25. 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 un triage con 3 categorías o niveles.
26. 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).
27. Los niveles de prioridad de la estrategia triage para pacientes gineco-obstetricas (*) son los siguientes:

TRIAGE GINECO-OBSTETRICO	
Nivel 1 (Color Rojo)	Paciente de emergencia con riesgo vital materno o fetal evidente.
<ul style="list-style-type: none"> • 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.
<ul style="list-style-type: none"> • 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.
<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo estimado de atención por médico: Igual o mayor a 120 minutos 	
<p>(*) Consenso de expertos institucionales del área.</p>	

I. EMERGENCIA.

I. ATENCION MEDICA EN EMERGENCIA

28. 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.
29. 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.
30. 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 o retorno 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.

II. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.

31. Se deberá utilizar racionalmente los insumos médicos y equipos proporcionados por la institución, destinados a la atención del paciente, así como reportar su deterioro o extravío de forma inmediata, a las instancias correspondientes.

32. Se deberá ofrecer a los pacientes únicamente los servicios, medicamentos y estudios diagnósticos disponibles a nivel institucional, que se encuentran dentro del portafolio de servicios de emergencia en cada uno de los centros de atención descritos anteriormente que disponen de ésta área.
33. En el caso específico de las pruebas de laboratorio, las indicadas serán las definidas en la NORMA DE LABORATORIO CLÍNICO Vigente para los diferentes niveles de atención (ver anexo 4). En aquellos casos que se requieran otros exámenes que no están incluidos en la lista especificada, deberán estar justificados y autorizados por el jefe o coordinador de emergencia.
34. Se utilizará durante la ejecución de las actividades vestimenta apropiada, respetando las medidas de bioseguridad establecidas, según el área específica donde se desempeña y según la NORMATIVA PARA LA CONCESION Y USO DE UNIFORMES A TRABAJADORES DEL ISSS Vigente.
35. El término "código uno" se utiliza en nuestro medio para indicar a todo el personal, que existe un paciente que requiere atención médica inmediata o reanimación, a menudo resultado de paro respiratorio o cardíaco. Cada centro de atención deberá determinar y organizar qué personal específico proporcionará la cobertura en los casos de código uno.
36. El personal médico, de enfermería y paramédico de emergencia deberá actualizar de manera periódica sus conocimientos y entrenamiento en soporte vital cardíaco avanzado, básico u otro equivalente de reanimación, a través de las dependencias institucionales pertinentes.
37. Los medicamentos autorizados disponibles tanto para la atención de casos de reanimación cardiopulmonar (RCP) como de urgencias (Código, nombre genérico y cantidad máxima) están definidos en el Anexo 5 del presente documento, de acuerdo al nivel correspondiente del Centro de Atención. La enfermera responsable del área de emergencia de planta o de turno, según el horario específico, será la encargada de revisar al inicio y al final de sus labores, la disponibilidad de los medicamentos descritos en el listado respectivo.

III. CRITERIOS DE INGRESO Y OBSERVACIÓN.

38. Los pacientes deberán estar al cuidado del personal de emergencia idealmente por un máximo de 48 horas en el área de observación, con el objetivo de formular diagnósticos, ingreso, referencia o definición de alta, una vez restablecido del problema de salud agudo que le aqueja. En los casos debidamente justificados en los que se supere el tiempo de estancia deberán quedar consignados en los respectivos expedientes clínicos los motivos que provoquen dicha extensión de su permanencia en Observación.

39. Deberán considerarse los ingresos hospitalarios en aquellos pacientes que presenten:
- a. Infecciones agudas que requieran de vigilancia médica y tratamiento endovenoso de uso hospitalario.
 - b. Pacientes, con una o más patologías crónicas controladas, que presenten enfermedad aguda concomitante que requiera vigilancia médica y tratamiento endovenoso o agudización de su patología crónica establecida.
 - c. Intolerancia a la vía oral con alteración en los signos vitales.
 - d. Pacientes que no mejoren con tratamiento oral y ameriten tratamiento endovenoso.
 - e. Pacientes con enfermedad aguda que por riesgo social ameriten observación.
 - f. Pacientes con dificultad respiratoria en cualquier grado.
 - g. Todo aquel paciente cuyas características de su estado clínico ameriten vigilancia médica, según evaluación efectuada.

IV. CRITERIOS DE ALTA.

40. Una vez estabilizado el paciente y establecido su tratamiento clínico y farmacológico (según Listado Oficial de Medicamentos) el paciente debe ser egresado a su domicilio, ingresado a hospitalización, retornado a la consulta externa de la red con la hoja de referencia y retorno correspondiente o trasladado a otra unidad de mayor capacidad resolutive.
41. El médico tratante dejará constancia de cada una de sus evaluaciones en el expediente clínico y la hoja de atención de emergencia, describiendo siempre el resultado de esta nueva evaluación clínica y la ausencia de síntomas y signos de alarma, con un lenguaje específico y claro.
42. El médico tratante deberá consignar en el expediente clínico las recomendaciones específicas brindadas al paciente sobre cualquier signo y síntoma de alarma de acuerdo a la patología específica, para que éste acuda a ser reevaluado en el centro de atención donde fue atendido originalmente a la brevedad posible, dejando constancia de la comprensión a estas indicaciones por parte del paciente.
43. En los casos que el paciente, en uso de sus facultades físicas y mentales, o su responsable, voluntariamente exprese su decisión de abandonar las instalaciones de un centro de atención del instituto sin haber finalizado su consulta, estudio o tratamiento prescritos:
- i. El médico elaborará nota de egreso voluntario (alta exigida), consignada en el expediente clínico, donde documente que ha explicado al paciente la importancia de proseguir con su tratamiento o serle realizada su intervención quirúrgica y los riesgos a los que se sometería de no hacerlo.

- ii. El paciente o su responsable leerá, comprenderá, llenará y firmará el formulario conocido como hoja de consentimiento informado.
- iii. El médico deberá verificar que el documento en cuestión sea adecuado y completamente llenado, verificando además el registro de las firmas y datos del paciente, los testigos así como su propia firma y sello.
- iv. En caso de alta exigida o denegatoria de ingreso o traslado, el médico tratante deberá proveer, de acuerdo a la patología específica si es posible, el tratamiento alternativo e incapacidad hasta el día del alta exigida si aplica; es decir, el médico tratante deberá realizar las acciones pertinentes a fin de proveer la cobertura de salud necesaria de común acuerdo con el paciente.

V. PACIENTE FALLECIDO.

44. En caso de fallecimiento del paciente, posterior a ser registrado y habiendo iniciado su atención, el personal médico responsable de la atención será el encargado del llenado de la papelería respectiva (Certificado de Defunción, Ver Anexo 6), para efecto de los trámites correspondientes por parte de los familiares o responsables.
45. Cuando el paciente fallezca de manera previa a que se pueda realizar alguna intervención médica –debido a que es llevado por familiares, acompañantes, cuerpos de socorro o servicios de asistencia médica a emergencia ya sin signos vitales – la actuación facultativa, desde el punto de vista médico-legal, ha de limitarse a comprobar la defunción; y dependiendo de la probable causa deberá actuar según los siguientes preceptos:
 - i. Si la muerte es resultado de homicidio o sospecha de homicidio, suicidio o sospecha de suicidio, sospecha de cualquier forma de maltrato, accidente de tránsito, laboral o doméstico, y muerte súbita inesperada; la actuación del médico se limitará a explorar el cuerpo – modificando lo menos posible tanto el cadáver como su entorno – para confirmar la muerte, y dar parte del hecho a las instancias judiciales correspondientes, utilizando los canales establecidos para ese fin, recomendándose que la ropa y los efectos personales del fallecido no deben ser, en la medida de lo posible, alterados. Si esto, por la necesidad del personal médico de realizar algún tipo de actuación para determinar el estado clínico del paciente debiera ser realizado, será necesario dejar constancia por escrito del estado en el que éste se encontró, que maniobras se efectuaron y en qué posición final se ha dejado.

ii. Si la probable causa de muerte no corresponde a alguno de los enunciados previamente descritos, al haber ocurrido ésta de manera extramural, ésta no se documentará como muerte intrahospitalaria, por lo cual no se deberá exigir al personal médico que la certifica verbalmente, documentos que amparen los datos específicos concernientes a ella tales como las causas específicas de la muerte o la hora exacta del evento. Esto le será explicado de manera clara, al igual que el resultado de la evaluación y el estado del paciente, a las personas acompañantes.

46. Al paciente llevado a emergencia ya fallecido no se le realizarán tramites de ingreso, aunque éste podrá ser trasladado a un área designada para su resguardo temporal, ya sea para la realización de las diligencias judiciales respectivas o mientras los familiares o responsables coordinan los trámites civiles correspondientes.

VI. CRITERIOS DE TRASLADO.

47. Todo paciente que amerite referencia a otro centro de atención, ya sea por ingreso, observación, realización de exámenes o estudios de gabinete no disponibles en el centro referente, según portafolio de servicios o por no disponer el centro referente de un horario continuo, deberá ser coordinado su traslado al centro de atención de la red donde ésta se garantice y efectúe.

48. Al médico responsable del paciente le corresponderá realizar la gestión y coordinación pertinente para garantizar la continuidad de su atención, por lo que deberá referirlo de manera oportuna al establecimiento institucional de la red o del nivel correspondiente según sea el caso, así como verificar que la referencia incluya todo lo pertinente a dicha atención brindada (Descripción detallada del estado clínico al momento de consulta así como de la referencia, resultados de los estudios de laboratorio y gabinete efectuados, entre otros).

49. Cuando se requiera referir a un paciente de un centro de atención a otro:

- a. El médico tratante verificará que las condiciones del traslado del paciente sean óptimas.
- b. Dependiendo de las condiciones clínicas del paciente, el médico tratante decidirá cuál de los miembros del personal de salud lo acompañará.
- c. Si el médico tratante es único en su especialidad o en el área designada, podrá delegar el cuidado del paciente durante el traslado en un médico de otra área, o en otro miembro del personal de salud.

- d. El responsable del traslado entregará al médico de emergencia en el centro de atención receptor, previa coordinación, el cuidado del paciente y la continuidad de atención del mismo, así como el documento de referencia y retorno elaborado.

VII. TRASLADO EN AMBULANCIA.

50. Las ambulancias son consideradas vehículos de emergencia, y se rigen por la Ley de Transporte Terrestre, Tránsito y Seguridad Vial, así como el Reglamento General de Tránsito y Seguridad Vial.
51. El traslado de pacientes deberá ser realizado utilizando las ambulancias institucionales en las mejores condiciones de seguridad posibles, sin olvidar la rapidez y la comodidad, tanto para el paciente como para el personal institucional.
52. El traslado en ambulancia u otro vehículo institucional de un centro de atención a otro, al formar parte del proceso de atención, será de carácter obligatorio para el paciente, por lo que si éste optara por movilizarse a través de sus propios medios, independientemente de su condición, deberá de firmar una denegatoria de atención, tanto en la hoja de consentimiento informado como en la hoja de atención de emergencia, por las implicaciones pertinentes de no ser llevado por el personal institucional a su destino indicado. En caso que la decisión sea tomada por el familiar o familiares responsables del paciente, deberá ser uno de ellos, previa identificación, quien deberá firmar la hoja y nota de denegatoria exonerando a la Institución de toda responsabilidad.
53. Cuando la condición del paciente sea crítica y éste requiera transporte medicalizado, (entendido este como el efectuado en una unidad de intervención con equipo avanzado, y que incluye para el traslado del paciente médico entrenado junto a enfermera o auxiliar de enfermería) la enfermera jefe o encargada del área de emergencia efectuará la solicitud de dicho transporte al centro de atención que cuente con la disponibilidad del mismo, dejando constancia tanto de la hora de llamada, el tiempo calculado de arribo para efectuar el traslado así como del nombre de quien la atendió. También deberá ser consignado en el expediente clínico si este tipo de transporte no es factible o si el tiempo calculado de desplazamiento de éste hacia el centro solicitante retrasara significativamente la atención que el paciente requiere en el centro al que vaya a ser trasladado; ante lo cual se deberá llevar a cabo el transporte con los recursos existentes.
54. El motorista o conductor designado deberá cumplir las indicaciones transmitidas por el médico responsable del traslado, ya sea que éste lo acompañe o que delegue esta función. En lo concerniente a la velocidad de la ambulancia en el traslado, ésta deberá ser adecuada a las condiciones del tráfico existentes; debiendo observar las normas de tránsito vigentes y evitar en lo posible las aceleraciones y frenazos bruscos, así como violentos cambios de dirección.

55. La utilización de sirenas en las ambulancias institucionales se limitará a las situaciones en las que sea estrictamente necesario, por la naturaleza del traslado y de acuerdo a la situación del tráfico.
56. En los diferentes tipos de transporte de emergencia brindados por la Institución, la presencia de familiares o acompañantes en el traslado de los pacientes deberá ser autorizado por el médico tratante, pudiendo permitirse un acompañante por paciente, el cual deberá acatar en todo momento las instrucciones que el personal del ISSS le brinde para el traslado. No es aconsejable recomendar el seguimiento de la ambulancia a corta distancia por vehículos particulares.
57. Como consideración especial, no debería en ningún caso iniciarse el traslado del paciente con psicopatologías en estado de agitación, hasta que no se ofrezcan las garantías de seguridad imprescindibles para su realización.
58. Si durante el traslado se encontrara con un accidente y la autoridad correspondiente obligara a parar la ambulancia, el personal institucional a cargo del traslado deberá pedir, a quien generó la orden de interrumpir la marcha, su debida identificación para delimitar posteriormente las responsabilidades del caso por la demora. En el caso que el estado del paciente trasladado sea estable y en el accidente sí hubieran pacientes de gravedad, se procederá al traslado de estos últimos en primer lugar.
59. Si el paciente muere durante el traslado, éste deberá ser retornado a su centro de atención de origen para el trámite legal y registro correspondiente, dando cumplimiento a lo establecido en la NORMA PARA EL MANEJO DE CADAVERES Y PIEZAS ANATOMICAS vigente; con la excepción de que si el centro de atención referente, por su horario establecido, se encuentre cerrado en el momento de retorno, el personal del centro de atención receptor será el encargado de elaborar la documentación respectiva.
60. Si la ambulancia institucional se ve inmersa en un accidente y no hay heridos secundarios al evento, se llamará a la cabina de asistencia de la aseguradora, continuando con el traslado y posteriormente se arreglarán los trámites pertinentes según los canales institucionales establecidos.
61. Si la ambulancia institucional se ve inmersa en un accidente y hay heridos secundarios al evento, éstos deberán ser atendidos según las capacidades del personal presente al momento del percance, valorando su traslado a un centro de atención según la gravedad de las lesiones.
62. Si la ambulancia institucional se ve inmersa en un accidente y hay fallecidos secundarios al evento, no existirá con ellos obligatoriedad de actividad médica inmediata, procediendo únicamente a registrar la hora de fallecimiento y gestionar los trámites de reconocimiento correspondientes, los cuales serán a cargo del Instituto de Medicina Legal.

VIII. CESANTIAS

63. Para todo paciente que se presente a solicitar atención de emergencia en calidad de cesante, deberá tenerse en cuenta lo establecido en la **NORMATIVA PARA LA ATENCIÓN MEDICA A TRABAJADORES EN CALIDAD DE CESANTES** Vigente:
- i. La prestación de este servicio únicamente cubre al trabajador activo que ha quedado cesante, no así a las o los beneficiarios del mismo; a excepción de la prestación de maternidad, que incluye la atención de control prenatal y parto del cónyuge o conviviente.
 - ii. La cobertura del servicio médico para los trabajadores cesantes solamente aplica para una enfermedad, sus complicaciones y las evaluaciones necesarias para su tratamiento, siempre y cuando, el trabajador esté en control por la misma, previo a la cesantía.
 - iii. Se brindará atención de emergencia y hospitalaria para los trabajadores cesantes, solamente en aquellos casos en que se haya agudizado la enfermedad, sus complicaciones o los procedimientos quirúrgicos que se deriven de la patología por la que está siendo tratado, toda vez que estén dentro del periodo de las 52 semanas que permite la ley.
 - iv. Para la atención de emergencia de estos pacientes, se le solicitará la constancia donde especifique tanto su calidad de cesante, así como la patología por la cual está siendo tratado bajo esta modalidad, la cual deberá ser solicitada por éste a la sección Acreditación de Derechos.
64. En caso que el trabajador cesante consulte en las unidades de emergencia institucional por alguna patología diferente por la que le otorga la calidad de cesante, se procederá de acuerdo al protocolo descrito para paciente no derechohabiente, según clasificación hecha por el médico de selección.
65. Cualquier otra situación que se presentara con respecto a este tipo de atención, deberá ser resuelta según lo establecido en la **NORMATIVA PARA LA ATENCIÓN MEDICA A TRABAJADORES EN CALIDAD DE CESANTES** Vigente.

IX. ATENCIÓN A BENEFICIARIOS DE EMPLEADOS DEL ISSS.

66. Para todo paciente que se presente a solicitar atención de emergencia en calidad de beneficiario de empleado del ISSS deberá tenerse en cuenta lo establecido en el **MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA OPERATIVIZACIÓN DE LA PRESTACION MEDICA A BENEFICIARIOS (PADRES E HIJOS) DE EMPLEADOS DEL ISSS** Vigente:

- i. El beneficiario de empleado del ISSS que solicite la prestación médica en el centro de atención, deberá presentar copia de DUI vigente del empleado y DUI vigente o carné de minoridad del beneficiario.
 - ii. La presentación de los documentos de identificación personal correspondientes (completos, correctos y vigentes) en la gestión de los trámites administrativos y de salud, serán indispensables en el otorgamiento de las prestaciones médicas para los beneficiarios de empleados.
 - iii. Los procesos incluidos en esta prestación serán los mismos que se ejecutan para los demás derechohabientes, tales como los llevados a cabo en: Archivo clínico, laboratorio clínico, farmacia, consulta externa, emergencia, sala de operaciones, hospitalización, entre otros.
 - iv. Las jefaturas de laboratorio clínico, rayos "X", farmacia, emergencia u otro servicio del centro de atención que brindaron la atención médica, deberán registrar en el sistema y anexar en los expedientes clínicos de los beneficiarios, los reportes de consumo de medicamentos y procedimientos diagnósticos realizados.
 - v. La enfermera de emergencia deberá colocar en las recetas extendidas a beneficiarios de empleados un sello que identifique esta condición.
 - vi. Los beneficiarios tendrán derecho a pruebas de laboratorio clínico de forma gratuita de los siguientes exámenes: Hemograma, heces, orina, tipeo sanguíneo RH y VIH.
 - vii. El empleado deberá firmar un contrato proforma previamente a la atención médica que se proporcionará a su beneficiario si es para atención hospitalaria o de emergencia.
67. Cualquier otra situación que se presentara con respecto a este tipo de atención, deberá ser resuelta según lo establecido en el MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA OPERATIVIZACIÓN DE LA PRESTACION MEDICA A BENEFICIARIOS (PADRES E HIJOS) DE EMPLEADOS DEL ISSS Vigente.

J. RESPONSABILIDADES DEL PERSONAL DE EMERGENCIA.

I. GENERALES.

68. El profesional sanitario institucional deberá conocer, cumplir y hacer cumplir todos los documentos regulatorios vigentes que son aplicables en el ejercicio de sus funciones de manera directa e indirecta, según su competencia.

69. El profesional médico deberá informar al paciente al que le brinde la atención y a sus familiares sobre el estado patológico, el manejo requerido y el pronóstico según su enfermedad, con palabras adecuadas y sencillas. Además brindará orientación acerca de la patología y de las medidas necesarias para la recuperación de la salud del paciente, dejando constancia de dicha actividad en el expediente.

II. ESPECÍFICAS.

a) Jefe o Coordinador de Área de Emergencia.

70. Vigilar que se cumplan las actividades sanitarias específicas en el centro de atención y con la frecuencia y calidad requerida. Así mismo, el cumplimiento de las medidas de bioseguridad del personal de emergencia y medidas para la prevención de las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS).
71. Rendir un informe por escrito de manera periódica según requerimientos y plazos establecidos de las actividades sanitarias antes mencionadas y los aspectos relevantes suscitados en el área designada.
72. Organizar, distribuir equitativamente y supervisar las actividades correspondientes al personal médico bajo su responsabilidad.
73. Autorizar la realización de procedimientos médico-quirúrgicos, diagnósticos y terapéuticos que se requieran de acuerdo al carácter de emergencia y prioridad, así como todos los trámites que sean necesarios.
74. Autorizar los traslados de pacientes de una a otra área dentro del mismo centro de atención, entre centros del ISSS o hacia otro centro del sistema nacional de salud o privado, según sea el caso específico. En estos últimos casos, si la gravedad del paciente así lo amerita, deberá gestionar telefónicamente con el coordinador médico receptor los detalles pertinentes del traslado, verificando que todo el proceso quede documentado en el expediente. En los centros de atención donde no exista la figura de jefe o coordinador médico de emergencia, será el médico consultante que brinda la atención quien asumirá esta responsabilidad.
75. Atender las llamadas de los profesionales médicos de los otros centros de atención del ISSS, en lo concerniente a la solicitud de exámenes de diagnóstico específicos, procedimientos o interconsultas solicitadas. En caso de no poder hacerlo por algún motivo relacionado con otra de sus funciones, deberá delegar esta labor, informando de la designación al resto del personal del área.

76. Designar al recurso médico que realizará las interconsultas de pacientes, solicitadas por las otras áreas hospitalarias, unidades médicas, policlínicos u hospitales en los casos que así aplique.
77. Analizar en conjunto y periódicamente los datos de urgencias médicas proporcionados por el epidemiólogo local del centro de atención, a fin de realizar las acciones pertinentes para la gestión de los insumos requeridos, toma de decisiones y actividades de educación médica continua para el oportuno abordaje de las patologías prevalentes a nivel local.
78. Delegar y coordinar la tabulación y presentación periódica (mensual, trimestral y anual) a las instancias locales correspondientes de los indicadores establecidos en el presente documento, con el correspondiente plan de acción como resultado de éste.
79. Apoyar a todas las áreas asistenciales asignadas durante la jornada, realizando aquellas atenciones en las que su participación sea requerida.
80. Desarrollar actividades de educación médica continua de forma periódica con los médicos a su cargo, sobre las patologías más frecuentes e importantes que son atendidas en su respectivo centro de atención.

b) Médico de Selección (en los centros donde aplique).

81. Evaluar y clasificar a los pacientes que acudan a emergencia solicitando atención, utilizando la estrategia triage, en función de los síntomas que expresa cada uno de ellos en el momento del primer contacto y los signos clínicos observados y detectados, derivándolos de manera oportuna al área médica correspondiente, según su patología y compromiso hemodinámico en base a la presencia o ausencia de los discriminadores generales mencionados en los literales 23 y 26.

c) Médico del Consultorio de Emergencia.

82. Elaborar la Hoja de Emergencia, como resultado de la atención médica brindada, priorizando la gravedad del paciente según la estrategia triage realizado por el médico de selección.
83. Dejar consignado en la Hoja de Emergencia al realizarla de manera manual, la hora en la cual llama a un paciente y que éste no atendió el llamado correspondiente. En el caso del expediente electrónico, éste automáticamente aplica la hora del último llamado.

84. Recibir y entregar los pacientes bajo su responsabilidad que se encuentren en espera de evaluación o reevaluación médica, así como informar de manera completa los exámenes o procedimientos pendientes a los médicos de planta o de turno contratados por servicios profesionales, según sea el caso de acuerdo a día y hora.
85. Realizar procedimientos e interconsultas según indicación pertinente y valorando la urgencia de cada paciente; dejando constancia en el expediente clínico de la realización de dicha actividad.
86. Para pacientes gineco-obstétricas, si la naturaleza del caso evaluado así lo amerita, se realizaran estudios de gabinete complementarios (monitoreo fetal y ultrasonografías) indicadas en el área de emergencias a pacientes con embarazo de riesgo o normal a término, o en su defecto llamar al especialista designado para la realización de dicho procedimiento.

d) Médico del Área de Observación.

87. Completar y asegurar la continuidad en el plan diagnóstico y terapéutico inicial, incluyendo la realización o trámite de procedimientos, solicitud de interconsultas y la evaluación completa de cada caso; valorando cualquier cambio pertinente según la evolución.
88. Realizar la visita médica en conjunto con el coordinador de la especialidad, médico residente y otros profesionales médicos, según sea el caso.
89. Brindar seguimiento a los pacientes cuyo diagnóstico o decisión quirúrgica no haya sido definida durante la visita, verificando que se cumpla el plan de manejo establecido sin demora.
90. Presentar los pacientes a su cargo a los diferentes especialistas que pasan visita en Observación y a los médicos interconsultantes de casos específicos, con el objeto de resolver de manera eficiente los problemas de los pacientes en esta área.
91. Participar activamente en la generación de ingresos, altas, traslados intrahospitalarios o referencias de pacientes a otros centros de atención, con la finalidad de favorecer la adecuada disponibilidad de camas y facilitando en forma oportuna la rotación de los pacientes, informando de manera periódica y oportuna al jefe o coordinador médico.
92. Gestionar con el jefe o coordinador médico la asignación de camas para el traslado intrahospitalario al servicio correspondiente de los pacientes a su cargo, de acuerdo a su estado clínico y nivel de riesgo.

93. En los centros de atención donde únicamente se dispone de camas para cumplimiento terapéutico de mínima estancia sin ingreso hospitalario, será el médico tratante el responsable de la continuidad de la atención, así como de la decisión terapéutica definitiva (Alta o traslado a otro centro de atención de mayor nivel).
94. Permanecer en el área de observación cuando se encuentren en ésta pacientes que requieran de su atención, asignando a otro médico como responsable en caso de tener que ausentarse por cualquier motivo, previa aprobación o indicación del jefe o coordinador médico. Si no hubiera pacientes que ameriten su atención, deberá apoyar las actividades de la emergencia.

e) Médico de Máxima Urgencia.

95. Recibir, estabilizar y brindar manejo inmediato y oportuno de forma integral a los pacientes en estado crítico y a los pacientes ya ingresados en la unidad de máxima urgencia.
96. Gestionar con el coordinador médico la asignación de camas y cunas o incubadoras, según sea el caso, para el traslado intrahospitalario al servicio correspondiente de los pacientes a su cargo, de acuerdo a su estado clínico y nivel de riesgo.
97. Permanecer en la unidad de máxima urgencia cuando haya en ésta pacientes que requieran de su atención, delegando a otro médico como responsable del área en caso de tener que ausentarse por cualquier motivo, previa aprobación o indicación del jefe o coordinador médico. Si no hubiera pacientes que ameriten su atención, deberá apoyar actividades de la emergencia.

K. RESPONSABILIDADES DEL PERSONAL DE APOYO.

98. Las funciones de todo el personal de los servicios de apoyo (Enfermería, laboratorio clínico, rayos X, terapia respiratoria, farmacia, auxiliares de servicio, transporte, administración y registros médicos y personal administrativo) están incluidas en las descritas en el manual de descripciones de puestos de la unidad de recursos humanos institucional, actualizado en enero 2014.

L. PLAN DE EMERGENCIA.

99. En caso de presentarse situaciones de emergencia en salud (desastres, epidemias, accidentes de tránsito u otro evento de naturaleza súbita) que amerite atención de múltiples víctimas simultáneamente, esto será considerado como criterio de excepción para la aplicación de los tiempos máximos de espera, definidos en los literales 24 y 27, por el consecuente aumento en la demanda de atención inmediata.
100. Todos los centros de atención del ISSS deberán contar con un plan de contingencia de emergencias a nivel local.
101. De acuerdo al comportamiento epidemiológico local, serán las autoridades de los diferentes centros de atención los encargados de la gestión, así como de las acciones y decisiones pertinentes para el mantenimiento en la calidad de atención en sus emergencias, según lo dispuesto en la NORMA PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE DESASTRES Vigente.

M. REPORTES Y SISTEMA DE EVALUACION

102. Los departamentos, servicios y áreas de emergencia generarán los datos epidemiológicos correspondientes y resultantes del proceso de atención brindado, los cuales deberán ser reportados por los respectivos jefes o coordinadores a las instancias correspondientes y en los plazos y formatos establecidos.
103. Asimismo, los departamentos, servicios y áreas de emergencia hospitalarios contarán con un sistema de evaluación, compuesto por indicadores y estándares de calidad, aplicables a los centros hospitalarios (Ver Anexo 8). Los jefes o coordinadores respectivos deberán delegar y coordinar la tabulación, análisis y presentación periódica (mensual, trimestral y anual) de los datos resultantes a las instancias locales correspondientes, con el plan de acción respectivo como resultado de éstos.

OBSERVANCIA DE LA NORMA.

La vigilancia del cumplimiento de la “**NORMA DE ATENCION DE EMERGENCIAS EN EL ISSS**” corresponderá a los coordinadores, jefes de servicio, departamentos y directores de los centros de atención del ISSS a nivel nacional donde se proporciona este tipo de atención, y a la Subdirección de Salud en el ámbito de sus competencias, a través de las unidades, departamentos y secciones que la conforman.

INFRACCIONES Y SANCIONES.

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

DISPOSICIONES GENERALES.

Las disposiciones no contempladas en la presente normativa, serán consideradas por Subdirección de Salud, a través de la sección Regulación Técnica en Salud.

La revisión de la norma, de oficio se realizará cada 5 años, y a solicitud de los especialistas de los departamentos, servicios y áreas de emergencia las veces que se considere necesario.

VIGENCIA DE LOS LINEAMIENTOS.

La “**NORMA DE ATENCION DE EMERGENCIAS EN EL ISSS**”, será autorizada y entrará en vigencia a partir de su aprobación. El presente documento sustituye a la versión precedente del mismo nombre de febrero 2008, así como a la ADENDA # 01 29-08-2007 "MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS HOSPITALARIOS DE MAYOR FRECUENCIA EN EL ISSS" en su modificación del Anexo No. 2: “Botiquín de RCP” y complementa el numeral 14 de las Disposiciones Generales de la NORMA PARA EL TRASLADO DE PACIENTES EN VEHICULO TIPO AMBULANCIA EN EL ISSS Vigente, el cual será modificado posterior a la oficialización del presente documento.

San Salvador, junio de 2018.

OFICIALIZACIÓN.



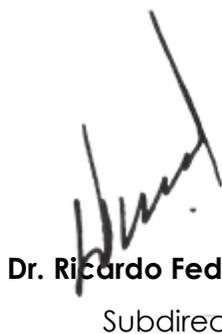
Dra. Ana Guadalupe Argueta Barahona.
Jefa Sección Regulación Técnica en Salud



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



Dra. Danneth L. Quijano de Flores.
Jefe División Políticas y Estrategias de Salud.



Dr. Ricardo Federico Flores Salazar.
Subdirector de Salud.

O. ANEXOS

Anexo 1: HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
TRATAMIENTO, PROCEDIMIENTO O INTEVENCIÓN QUIRÚRGICA**

AUTORIZACIÓN **DENEGATORIA**

CENTRO DE ATENCIÓN:	FECHA:
NOMBRE DEL PACIENTE:	Nº. AFIL/DUI:
NOMBRE DEL APODERADO LEGAL (SOLO SI EL PACIENTE ESTÁ IMPOSIBILITADO PARA AUTORIZAR O DENEGAR).	

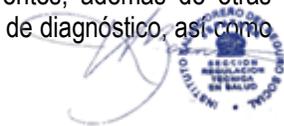
DATOS DE QUIEN AUTORIZA O DENIEGA.

DOMICILIO:	EDAD:	PROFESIÓN:
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 condiciones de mi (la) salud (de mi representado) y que se resumen así:

2) Que el tratamiento médico-quirúrgico que me ofrecen los Médicos y el personal Paramédico del Instituto, conlleva los riesgos comunes inherentes a este tipo de tratamiento, procedimiento o intervención reconocidos mundialmente, como: _____

3) Reconozco que los médicos me han explicado ampliamente los riesgos comunes e inherentes, además de otras complicaciones que pueden presentarse durante y después del procedimiento médico-quirúrgico y de diagnóstico, así como



en anestesia, transfusiones y en la administración de algunos medicamentos o tratamientos, existen riesgos de reacciones adversas y complicaciones, tales como infecciones, parálisis, daño cerebral, e incluso la muerte; así como se me explicó que el procedimiento médico quirúrgico y anestésico si lo hubiere, que se aplicaría en beneficio de mi (la) salud (de mi representado)

TRATAMIENTO, PROCEDIMIENTO O INTEVENCIÓN QUIRÚRGICA

AUTORIZACIÓN DENEGATORIA

4) AUTORIZACIÓN: Por medio de la presente, en pleno uso de mis facultades OTORGO: mi expreso CONSENTIMIENTO, para que se realicen los procedimientos médico-quirúrgicos que consideren convenientes según los conocimientos científicos de los médicos y personal paramédico del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, los cuales constan en el presente documento, aceptando 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 en beneficio de la ciencia nacional, si la Institución lo considera conveniente.

5) DENEGATORIA Que los médicos de este hospital consideren conveniente, según sus conocimientos, según sus conocimientos practicar la intervención quirúrgica o el tratamiento médico antes indicado, siendo el único medio para salvar mi vida (la) vida o restaurar mi (la) salud con los riesgos adversos y complicaciones comunes a este tipo de intervención médica reconocidos mundialmente; dichas explicaciones científicas que me hicieron saber y que constan en el presente documento, las cuales entendí plenamente, así como los testigos presentes, por tanto, en pleno uso de mis facultades NIEGO EXPRESAMENTE MI CONSENTIMIENTO, para que practiquen la intervención quirúrgica o tratamiento médico requerido, POR LO QUE SOLICITO EN ESTE ACTO, CONCEDER(ME) EL ALTA para salir de este hospital, con pleno conocimiento de que los médicos y cualquier otro empleado 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 pudiere correr fuera de las instalaciones del hospital y por este medio exonero de cualquier responsabilidad por mi (la) negativa a (que) recibir (reciba) el tratamiento médico referido, ya que desde hoy las acepto.

6) Hago constar que están presentes otras personas como testigos de mi voluntad, quienes también escucharon lo expresado por mi persona así como la lectura de 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 autoriza 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 _____.



Anexo 2: INSTRUCTIVO PARA LA IMPLEMENTACION DEL DOCUMENTO UNICO DE IDENTIDAD (DUI) PARA IDENTIFICAR Y ESTABLECER DERECHO DE ATENCION A LOS ASEGURADOS DEL ISSS.

CAPÍTULO II. NORMAS

1. Descripción

1.2. Normas Generales

1. Para otorgar servicios de salud, se solicitará al derechohabiente **ÚNICAMENTE** el siguiente documento, según cada caso:

DUI (mayores de 18 años)	TARJETA DE AFILIACIÓN	CARNÉ DE MINORIDAD (menores entre 12 y 17 años ambas edades inclusive)
Trabajador (a) activo (a). Atleta de alto rendimiento*. Beneficiario (a). Pensionado (a).	Extranjeros (Trabajador activo, atleta de alto rendimiento*, beneficiario(a), Pensionado (a). Niños (as) menores de 12 años.	Trabajador (a) activo (a). Atleta de alto rendimiento. Beneficiario (a).

La presentación del Documento Único de Identidad vencido de parte de los trabajadores o sus beneficiarios mayores de dieciocho años de edad, no será limitante o causa para no proporcionar los servicios de salud, no obstante el Instituto tendrá la obligación de verificar la vigencia de las cotizaciones canceladas.

3. Cada vez que en la normativa interna del ISSS se haga referencia a la necesidad de presentar la tarjeta de afiliación y el certificado de derechos y cotizaciones, los derechohabientes deberán presentar como documento válido, en sustitución de los anteriores, cualquiera de los detallados en la norma N°1 (según corresponda), mientras se realiza la actualización de las diferentes normativas y procedimientos.

4. Cuando un trabajador salvadoreño se inscriba por primera vez al ISSS, no se le extenderá tarjeta de afiliación. En su defecto se le proporcionará un comprobante de registro al ISSS, que le servirá para demostrar a su empleador que se ha inscrito al Seguro Social.

6. Si el nombre del derechohabiente en el documento de identificación o en la papelería institucional (recetas, órdenes de examen, etc.) no coincide con el registrado en los sistemas informáticos del ISSS, se validará el derecho y otorgará el servicio solicitado; no obstante, el empleado del ISSS que detecte tal situación, entregará hoja de requisitos al derechohabiente para que actualice sus datos en la Sección Aseguramiento, Agencias o Sucursales Administrativas.

8. Si una persona no presenta el documento de identificación requerido (según cada caso) para acreditar su identidad y calidad de derechohabiente, no se brindará la atención y se

indicará que debe presentarlo para así evitar inconvenientes en la atención. Se exceptuarán a lo anterior las personas en condiciones de máxima urgencia.

9. Los encargados de la verificación del derecho de atención deberán devolver el documento de identificación al derechohabiente, inmediatamente después de haber verificado su identidad y el derecho en los sistemas informáticos correspondientes.

10. Si un derechohabiente presenta (en el sistema correspondiente) más de un estatus que acredita derecho, se seleccionará según el orden de prioridad siguiente:

NIVEL DE PRIORIDAD	DESCRIPCIÓN
1	El estatus de trabajador activo tendrá el primer nivel de prioridad de selección sobre todos los demás estatus.
2	El estatus de atleta de alto rendimiento, tendrá el segundo nivel de prioridad de selección.
3	Si no es trabajador activo, el estatus de pensionado tendrá el tercer nivel de prioridad de selección.
4	El estatus de beneficiario tendrá el último nivel de prioridad de selección.

11. En casos de emergencias que pongan en riesgo la vida del paciente, si las cotizaciones no están actualizadas en el sistema informático, se aplicarán los protocolos médicos establecidos.

13. El trabajador que se reincorpore posterior a un período de cesantía, deberá presentarse a la Sección Control de Ingresos o área de cotizaciones de las Sucursales Administrativas, para que le acrediten temporalmente el derecho en el sistema informático correspondiente, previo a solicitar los servicios del ISSS.

14. No se podrá validar el derecho si se presenta fotocopia del documento de identificación solicitado por el ISSS, salvo las excepciones dispuestas en el presente instructivo.

15. A los derechohabientes que presenten su documento de identificación (según lo solicita el ISSS) y no les aparezca actualizado su derecho de atención en el sistema informático, el encargado deberá verificar en el sistema Consultas Administrativas web de impacto, Sección Control de Ingresos o en los medios que el ISSS ponga a disposición para ello.

16. Al ingresar el número de DUI o carné de minoridad en el sistema informático y éste no apareciera registrado, deberá verificarse el derecho de atención con el número de afiliación que puede obtenerse de la contraseña de cita o por medio del sistema Consultas Administrativas web de impacto y proporcionar la atención solicitada. Asimismo, el encargado de dicha verificación deberá solicitar al derechohabiente que, posterior a la consulta, gestione la actualización de sus datos a través de los medios autorizados por el ISSS (Sección Aseguramiento, Agencias, Sucursales Administrativas, Punto Seguro o Centro de Llamadas).

17. Después de validar derecho en la recepción de emergencia o de consulta externa, no será necesario validarlo nuevamente si se solicita realización de procedimientos, una cita



subsecuente, dispensación de medicamentos u otro servicio, siempre y cuando la solicitud sea el mismo día de la atención médica y en el mismo centro de atención.

18. En el área de Laboratorio, el derecho de atención deberá ser verificado en el centro de atención que toma y envía la muestra, por lo que no es necesario que se realice una segunda validación en el laboratorio que recibe y procesa la muestra. En caso que el sistema informático refleje inconsistencia en el pago de cotizaciones, se deberá completar el cuadro de justificación en el sistema y digitar en el campo correspondiente: "Derecho fue verificado en el centro de atención que tomó la muestra".

23. Los derechohabientes que presenten la constancia de cesantía, se les brindará la atención según lo estipula la normativa vigente para la atención médica de trabajadores en calidad de cesantes.

24. La validación del derecho de atención a los trabajadores del sector doméstico se realizará conforme a la información de los sistemas informáticos dispuestos por el ISSS; sin embargo, en casos excepcionales se podrá acreditar el derecho con el comprobante que presenten dichos trabajadores, en el cual se verifique la vigencia del pago al mencionado régimen.

25. Los datos de identificación de los derechohabientes, en los formularios institucionales serán completados de acuerdo a los campos disponibles en cada uno de ellos (recetas médicas, órdenes de laboratorio, muestras e incapacidades médicas, entre otros). Tal información podrá ser tomada del documento de identificación requerido por el ISSS (DUI, carné de minoridad, tarjeta de afiliación), expediente clínico, los sistemas informáticos del ISSS, contraseña de otorgamiento de cita o cualquier otro medio que el ISSS ponga a disposición.

Normas relacionadas a la dispensación de medicamento del derechohabiente ambulatorio

31. El derechohabiente que solicite medicamento prescrito en receta de consulta del día (adulto o pediátrica), podrá solicitarlo en la farmacia del mismo centro de atención donde le fue brindada la consulta médica, previa identificación con el documento que presentó al inicio del proceso, y no será necesario verificar nuevamente el derecho de atención.

Normas relacionadas a los trámites realizados por terceras personas

35. Las recetas médicas prescritas a un paciente, podrán ser retiradas de farmacia, previa validación del derecho, por personas mayores de edad a quien el derechohabiente delegue y será el personal de farmacia quien verifique los requisitos establecidos según cada caso:

Pacientes mayores de 18 años	Pacientes extranjeros o niños menores de 12 años	Pacientes menores entre 12 y 17 años ambas edades inclusive
Al menos el reverso de una receta con firma y número de DUI del paciente.	Recetas acompañadas de la tarjeta de afiliación del paciente.*	Al menos el reverso de una receta con firma y número de carné de minoridad del paciente.

(*)Para entregar el medicamento a un delegado no será requerido el documento de identificación original del paciente, a excepción de los pacientes extranjeros y menores de 12 años.

36. Para recibir el medicamento la persona mayor de edad delegada por el paciente, deberá presentar su documento de identidad original, además de firmar y detallar su nombre al reverso de al menos una de las recetas.



37. Para los casos de personas (derechohabientes y/o delegados) que no puedan firmar, podrán estampar la huella digital al reverso de al menos una de las recetas y el personal de farmacia verificará que la receta cuente con los números de identificación requeridos.

Atención excepcional de pacientes que no poseen DUI.

38. Todo derechohabiente que pueda acreditar fehacientemente con la documentación respectiva como resoluciones, constancias u otros similares emitidas por el RNPN u otra autoridad competente, que tiene un impedimento legal para que se le extienda su DUI y se encuentra realizando el trámite para obtenerlo, deberá presentarse a la Sección Aseguramiento de las Oficinas Centrales del ISSS, Agencias o Sucursales Administrativas del interior del país, según sea el caso, a tramitar un "COMPROBANTE DE AUTORIZACIÓN TEMPORAL (ASEGURADOS SIN DUI)" que le servirá para acreditar tal circunstancia y justificar la no presentación del DUI, al momento de solicitar los servicios de salud. Dicho comprobante tendrá un período de vigencia de seis meses, que podrá prorrogarse por períodos iguales, en los casos que sea procedente.

39. Para los casos en que el paciente no porta su DUI por las razones expuestas en este apartado, se le solicitará el comprobante (emitido por cualquiera de las dependencias descritas en el numeral anterior) y tarjeta de afiliación (si aún la posee), licencia de conducir, pasaporte u otro documento emitido por autoridad pública, con el fin de identificarle y buscar en el aplicativo correspondiente los datos necesarios para acreditar derechos de atención. Los casos no contemplados en este documento, se solicitará apoyo al centro de llamadas.

2.1. Procedimiento: Identificación y verificación de derecho de atención a los asegurados del ISSS.

2.1.1. Descripción del Procedimiento Derechohabiente

1. Se presenta al centro de atención respectivo a solicitar el servicio.

Personal del centro de atención.

2. Solicita al Derechohabiente el documento de identificación, de acuerdo al tipo de Asegurado.

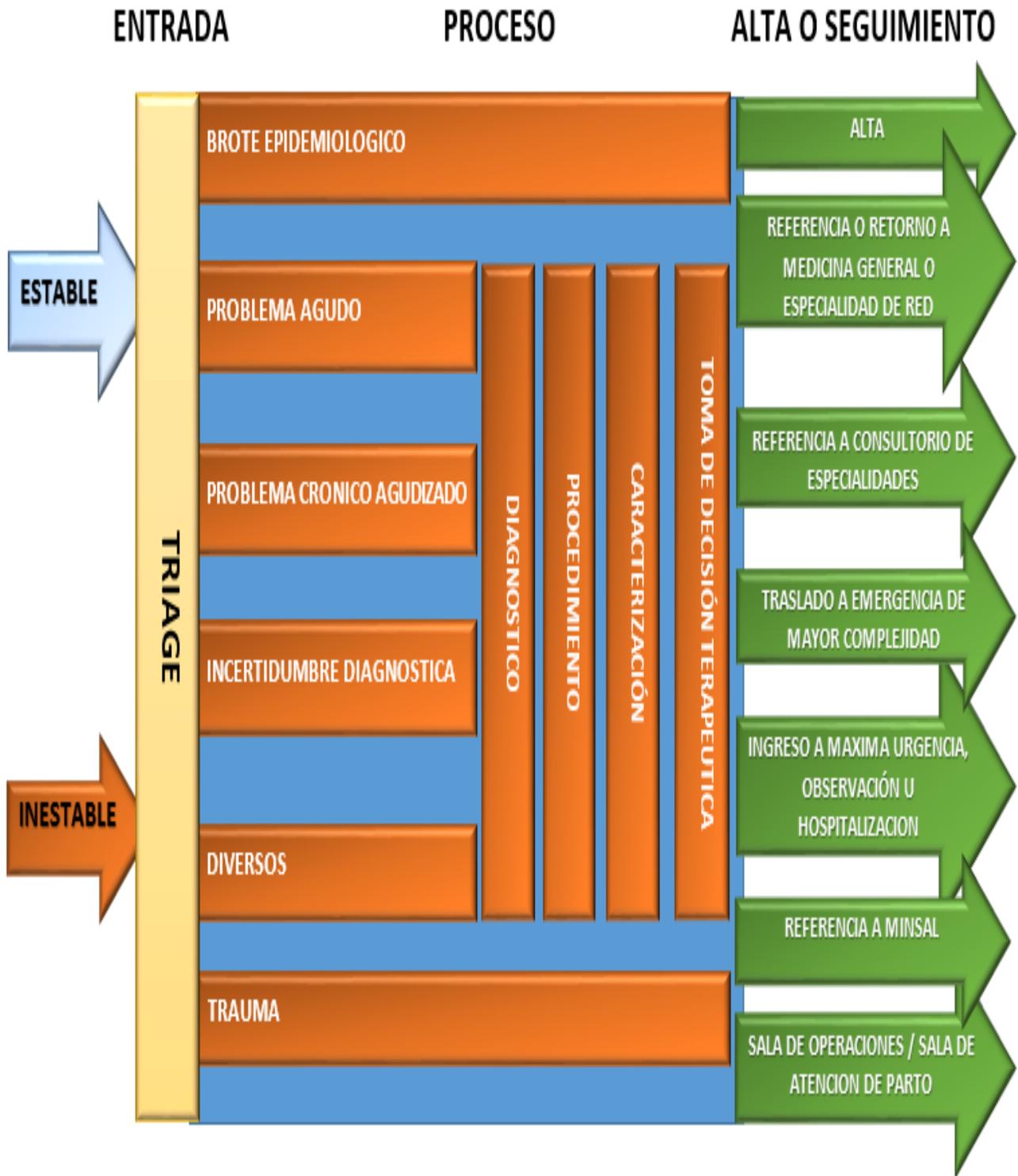
3. Ingresa en el sistema informático el No. de Documento de Identificación para verificar si tiene derecho a la atención solicitada.

4. Si tiene derecho, actualiza registro de control respectivo del servicio solicitado.

Entrega documentación respectiva al Derechohabiente.

5. Si no tiene derecho, notifica al Derechohabiente que sus cotizaciones no están al día, entrega documentación y orienta al usuario a las instancias correspondientes (Patrono, Sección Control de Ingresos o área de cotizaciones de Sucursales Administrativas) donde debe acercarse para arreglar su situación.

ATENCION DE EMERGENCIA



Anexo 4: EXAMENES DE LABORATORIO DE EMERGENCIA.

Según la NORMA GENERAL DE LABORATORIO CLINICO DEL ISSS de mayo 2017, se consideran como pruebas de laboratorio de emergencia en los centros de atención de segundo y tercer nivel, los siguientes exámenes:

EXAMENES DE LABORATORIO	
• Amilasa.	• Prueba Rápida de VIH.
• Aspartato Alanino Transferasa (ALT. TSGP).	• Tiempo de Tromboplastina parcial.
• Aspartato Amino Transferasa (ALT. TSGO.)	• Cultivo de Sangre (Hemocultivo).
• Bilirrubina Directa.	• Urocultivo.
• Bilirrubina Total.	• General de Orina.
• Calcio.	• General de Heces.
• Citoquímico de LCR.	• Gota Gruesa.
• Cloro.	• Dímero "D".
• CreatinFosfokinasa (CPK).	• Eritrosedimentacion.
• CreatinFosfokinasa MB (CPK-MB).	• Fibrinógeno.
• Creatinina.	• Frotis de Sangre Periférica.
• Fosfatasa Alcalina.	• Hemograma.
• Fosforo.	• Tiempo de Protrombina –INR.
• Glucosa.	• Tiempo de Trombina.
• Lipasa.	• Sodio.
• Magnesio.	• Troponina T.
• Nitrógeno Ureico.	• Proteína "C" Reactiva
• Potasio.	

En aquellos casos que se requieran otros exámenes que no están incluidos en la lista de ensayos de emergencia deberán ser justificados y autorizados por el jefe del servicio de emergencia o el coordinador de turno, según se refiere en los literales j y k del apartado 33 de la norma de laboratorio vigente.

Anexo 5: STOCK DE MEDICAMENTOS DE PARO Y DE URGENCIA.

1. EMERGENCIA AMBITO HOSPITALARIO

a. RCP

CODIGO	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANTIDAD
8040601	Dopamina Clorhidrato 40 mg/mL Uso I.V. Ampolla 5 mL	3
8040605	Dobutamina Clorhidrato 12.5 mg/mL Uso I.V. Frasco vial 20 mL	3
8040606	Epinefrina 1 mg/mL (1:1000) Uso I.M. I.V. S.C. Ampolla de 1 mL	10
8040210	Amiodarona Clorhidrato 50 mg/mL Ampolla de 3 mL	6
8070201	Calcio gluconato 10%. Uso I.V. Ampolla 10 mL	5
8080103	Diazepan 5 mg/mL Uso I.V. I.M. Ampolla 2 mL	3
8090504	Magnesio Sulfato 50%. Uso I.M. I.V. Ampolla 10 mL	2
8160113	Lidocaína al 2%. Uso I.V. S.C. Con preservante. Ampolla 50 mL	1
8160514	Dextrosa en agua destilada al 50%. Uso I.V. Frasco o bolsa 50 mL	4
8160518	Sodio Cloruro en agua destilada 0.9%. Uso I.V. Frasco o bolsa de 1000 mL	2
8160530	Bicarbonato de Sodio (44.6-50 MEq)/50 mL Uso I.V. Frasco vial 50 mL	3
8160535	Sodio Cloruro en agua destilada 0.9%. Uso I.V. Frasco o bolsa de 100 mL	2
8160623	Atropina 0.5 mg Uso I.M. I.V. Ampolla 1 mL	10
8250029	Norepinefrina Bitartrato 1 mg /ml Uso I.V. Ampolla 4 ml	4

b. URGENCIA

CODIGO	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANTIDAD
8010203	Fentanil Citrato 0.05 mg/mL Uso I.M. I.V. Ampolla 2 mL	3
8010206	Naloxona Clorhidrato 0.4 mg/mL Uso I.M. I.V. Frasco vial o Ampolla 1 mL	1
8010508	Hidrocortisona Succinato. Uso I.M. I.V. Frasco vial 500 mg	1
8010512	Metilprednisolona Succinato. Uso I.M. I.V. Frasco vial 500 mg	1
8040104	Verapamilo Clorhidrato 2.5 mg/mL Uso I.V. Ampolla de 2 mL	2
8040110	Nitroglicerina 5 mg/mL Uso I.V. Frasco vial de 10 mL	2
8040309	Furosemida 10 mg/mL Uso I.V. Ampolla de 2 mL	10
8040312	Manitol solución al 20% Uso I. V. frasco o bolsa 250 ml	1
8040403	Hidralazina Clorhidrato 20 mg/mL Ampolla 1 mL (*)	2
8040501	Digoxina 0.25 mg/mL Solución inyectable. Ampolla de 2 mL	2
8060304	Acido Acetilsalicílico 80 – 100 mg Uso Oral. Tableta.	3
8060305	Heparina sódica 5,000 UI/mL Uso I.V. S.C. Frasco vial 5 mL	1
8070310	Insulina Humana Cristalina ADN Recombinante 100 UI/mL Frasco vial de 10 mL	1
8080107	Midazolam 5 mg/mL Uso I.M. I.V. Ampolla 3 mL	3
8080108	Flumazenil 0.1 mg/mL Uso I.V. Ampolla 5 mL	2
8080303	Fenitoína Sódica 50 mg/mL Uso I.V. Frasco vial o Ampolla 5 mL	4
8080306	Fenobarbital 65 mg/mL Uso I.M. I.V. Ampolla de 2 mL	2
8090401	(*) Ergonovina Maleato 0.2 mg/ mL Uso I.M. Ampolla 1 ml protegido de la luz	1
8090403	(*) Oxitocina Sintética 5 U/mL Solución Inyectable I.M. o I.V. Ampolla 1 mL	4
8090504	(*) Magnesio Sulfato 50%. Uso I.M. I.V. Ampolla 10 mL	4
8130002	Clorfeniramina Maleato 10 mg/mL Uso I.M. I.V. Ampolla 1 mL	2
8160112	Propofol 10 mg/mL Uso I.V. Ampolla 20 mL	2

- *Aplica para hospitales con atención ginecobstétrica*

2. SERVICIOS CLINICOS (HOSPITALIZACION)

a. URGENCIA

CODIGO	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANTIDAD
8010508	Hidrocortisona Succinato 500 mg Frasco Vial	1
8020405	Dimenhidrinato 50 mg/mL Uso I.M., E.V. Frasco vial	1
8060304	Acido Acetilsalicilico 80 – 100 mg Uso Oral. Tableta.	3
8080107	Midazolam 5 mg/mL Uso I.M. I.V. Ampolla 3 mL	3
8130002	Clorfeniramina Maleato 10 mg/mL Uso I.M. I.V. Ampolla 1 mL	2
8160407	Cisatracurio Besilato 2 mg /ml Uso I.V. Ampolla 2.5 ml	5

3. UNIDADES MÉDICAS CON EMERGENCIA

a. RCP

CODIGO	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANTIDAD
8040210	Amiodarona Clorhidrato 50 mg/mL Ampolla de 3 mL	3
8040601	Dopamina Clorhidrato 40 mg/mL Uso I.V. Ampolla 5 mL	2
8040606	Epinefrina 1 mg/mL (1:1000) Uso I.M. I.V. S.C. Ampolla de 1 mL	6
8040605	Dobutamina Clorhidrato 12.5 mg/mL Uso I.V. Frasco vial 20 mL	2
8070201	Calcio gluconato 10%. Uso I.V. Ampolla 10 mL	3
8080103	Diazepan 5 mg/mL Uso I.V. I.M. Ampolla 2 mL	2
8090504	Magnesio Sulfato 50%. Uso I.M. I.V. Ampolla 10 mL	1
8160113	Lidocaína al 2%. Uso I.V. S.C. Con preservante. Ampolla 50 mL	1
8160514	Dextrosa en agua destilada al 50%. Uso I.V. Frasco o bolsa 50 mL	2
8160518	Sodio Cloruro en agua destilada 0.9%. Uso I.V. Frasco o bolsa de 1000 mL	1



8160530	Bicarbonato de Sodio (44.6-50 MEq)/ 50 mL Uso I.V. Frasco vial 50 mL	1
8160535	Sodio Cloruro en agua destilada 0.9%. Uso I.V. Frasco o bolsa de 100 mL	1
8160623	Atropina 0.5 mg. Uso I.M. I.V. Ampolla 1 mL	4

b. URGENCIA

CODIGO	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANTIDAD
8010508	Hidrocortisona Succinato. Uso I.M. I.V. Frasco vial 500 mg	1
8010512	Metilprednisolona Succinato. Uso I.M. I.V. Frasco vial 500 mg	1
8040104	Verapamilo Clorhidrato 2.5 mg/mL Uso I.V. Ampolla de 2 mL	1
8040309	Furosemida 10 mg/mL Uso I.V. Ampolla de 2 mL	5
8040403	Hidralazina Clorhidrato 20 mg/mL Ampolla 1 mL	1
8040501	Digoxina 0.25 mg/mL Solución inyectable. Ampolla de 2 mL	1
8060304	Acido Acetilsalicilico 80 – 100 mg Uso Oral. Tableta	3
8080107	Midazolam 5 mg/mL Uso I.M. I.V. Ampolla 3 mL	1
8080303	Fenitoína Sódica 50 mg/mL Uso I.V. Frasco vial o ampolla 5 mL	4
8090401	Ergonovina Maleato 0.2 mg/mL Uso I.M. Ampolla 1 ml protegido de la luz	1
8090403	Oxitocina Sintética 5 U/mL Solución Inyectable I.M. o I.V. Ampolla 1 mL	4
8090504	Magnesio Sulfato 50%. Uso I.M. I.V. Ampolla 10 mL	4
8130002	Clorfeniramina Maleato 10 mg/mL Uso I.M. I.V. Ampolla 1 mL	2

UNIDADES MÉDICAS SIN EMERGENCIA Y CLINICAS COMUNALES

a. RCP

CODIGO	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANTIDAD
8010512	Metilprednisolona Succinato. Uso I.M. I.V. Frasco vial 500 mg Adición	1
8040606	Epinefrina 1 mg/mL (1:1000) Uso I.M. I.V S.C. Ampolla de 1 MI	3
8080103	Diazepan 5 mg/mL Uso I.V. I.M. Ampolla 2 mL	1
8160514	Dextrosa en agua destilada al 50%. Uso I.V. Frasco o bolsa 50 mL	2
8160518	Sodio Cloruro en agua destilada 0.9%. Uso I.V. Frasco o bolsa de 1000 mL	2
8160535	Sodio Cloruro en agua destilada 0.9%. Uso IV. Frasco o bolsa de 100 mL	2
8160623	Atropina 0.5 mg Uso I.M. I.V. Ampolla 1 mL	3

b. URGENCIA

CODIGO	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANTIDAD
8010508	Hidrocortisona Succinato. Uso I.M. I.V. Frasco vial 500 mg	1
8020201	Ranitidina 25 mg/mL Uso I.M., E.V. Ampolla 2 mL ó Ranitidina 10 mg/mL Uso I.M., E.V. Ampolla 5 mL	1
8020307	Hioscina N-Butil-Bromuro 20 mg/mL Uso I.M. E.V. Ampolla 1 mL	2
8020405	Dimenhidrinato 50 mg/mL Uso I.M., E.V. Frasco Vial 5 mL	1
8010526	Diclofenaco 25 mg/mL Uso I.M. Ampolla o Frasco Vial 3 mL	2
8060304	Acido Acetilsalicilico 80 – 100 mg. Uso Oral. Tableta.	3
8090504	Magnesio Sulfato 50%. Uso I.M. I.V. Ampolla 10 mL	4
8130002	Clorfeniramina Maleato 10 mg/mL Uso I.M. I.V. Ampolla 1 mL	2

CLINICAS EMPRESARIALES

a. RCP

CODIGO	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANTIDAD
8010512	Metilprednisolona Succinato. Uso I.M. I.V. Frasco vial 500 mg Adición	1
8040606	Epinefrina 1 mg/mL (1:1000) Uso I.M. I.V S.C. Ampolla de 1 ml	3
8080103	Diazepan 5 mg/ml Uso I.V. I.M. Ampolla 2 mL	1
8160514	Dextrosa en agua destilada al 50%. Uso I.V. Frasco o bolsa 50 mL	2
8160518	Sodio Cloruro en agua destilada 0.9%. Uso I.V. Frasco o bolsa de 1000 mL	2
8160535	Sodio Cloruro en agua destilada 0.9%. Uso IV. Frasco o bolsa de 100 mL	2
8160623	Atropina 0.5 mg Uso I.M. I.V. Ampolla 1 mL	3

b. URGENCIA

CODIGO	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANTIDAD
8010508	Hidrocortisona Succinato. Uso I.M. I.V. Frasco vial 500 mg	1
8020201	Ranitidina 25 mg/mL Uso I.M., E.V. Ampolla 2 mL ó Ranitidina 10 mg/mL Uso I.M., E.V. Ampolla 5 mL	1
8020307	Hioscina N-Butil-Bromuro 20 mg/mL Uso I.M. E.V. Ampolla 1 mL	2
8020405	Dimenhidrinato 50 mg/mL Uso I.M., E.V. Frasco 5 mL	1
8010526	Diclofenaco 25 mg/mL Uso I.M. Ampolla o Frasco Vial 3 mL	2
8060304	Acido Acetilsalicilico 80 – 100 mg. Uso Oral. Tableta.	3
8130002	Clorfeniramina Maleato 10 mg/mL Uso I.M. I.V. Ampolla 1 mL	2

Anexo 8: INDICADORES Y ESTANDARES DE CALIDAD EMERGENCIAS HOSPITALARIAS.

INDICADORES Y ESTANDARES DE CALIDAD EMERGENCIAS HOSPITALARIAS

NOMBRE	DESCRIPCION	FUNDAMENTO	EXPRESION	CRITERIOS DE EXCLUSION	FUENTE DE DATOS	ESTANDAR Y RESPONSABLE
1. Tiempo medio de primera asistencia	Tiempo medio (en minutos) que tardan los pacientes desde el momento que acceden al Departamento Servicio o Área de Emergencia (Definido por la hora registrada de llegada) hasta el momento de inicio de la primera asistencia por un médico.	Este indicador permite conocer la rapidez (o lentitud) con la que se comienza a prestar atención médica, y por tanto la eficacia y eficiencia de la organización del proceso, a fin de evitar que las patologías graves se vean afectadas de manera negativa por demoras en la asistencia inicial.	Se expresará en medida de tiempo promedio expresado en minutos (En todos aquellos Centros de Atención que dispongan de un sistema de información estandarizado, que permita incluir registro en horas, minutos y segundos de los diferentes momentos de atención, para su respectiva medición).	Aquellos casos en los que la consulta sea anulada o interrumpida, y en los que el usuario desista de consultar y se ausente o sea ingresado a máxima urgencia, observación y hospitalización. Igualmente los casos en los que no existe constancia o registro de los datos en función de horario, ya sean de la llegada o de alguno de los momentos de la consulta que se tome como objeto de medición.	Sistema informático de Emergencia	Nivel Rojo: máximo 5 minutos. Nivel Naranja: Menos de 45 minutos. Nivel Amarillo: Menos de 120 minutos. Nivel Verde: Menos de 240 minutos. Nivel Azul: Mas de 240 minutos. Jefe o Coordinador de Emergencia

FORMULA:

Sumatoria de tiempos de primera asistencia en minutos (tiempo de registro de inicio de la primera asistencia por un médico – tiempo de la hora registrada de llegada) de cada uno de los pacientes atendidos que no tengan criterios de exclusión, en un período de tiempo definido.

Número total de pacientes atendidos en dicho período de tiempo, que no tengan criterios de exclusión.

NOMBRE	DESCRIPCION	FUNDAMENTO	EXPRESION	CRITERIOS DE EXCLUSION	FUENTE DE DATOS	ESTANDAR Y RESPONSABLE
2. Proporción de ingresos	Cantidad de pacientes que han requerido ingreso hospitalario, ya sea a observación o a un servicio específico, respecto del total de pacientes atendidos en el Servicio, Área o Departamento de Emergencia.	Brinda información indirecta sobre la gravedad de las urgencias atendidas, así como, de forma relativa, sobre la capacidad resolutoria del Servicio o Área de Emergencia. Mide de modo indirecto la complejidad de éste.	Proporción porcentual.		Registro diario de Ingresos de Emergencia	El estándar se establecerá de acuerdo a la evaluación continua de resultados durante 6 meses. Jefe o Coordinador de Emergencia

FORMULA:

Número de pacientes ingresados a Máxima Urgencia, Observación u Hospitalización por el Departamento, Servicio o Área de Emergencia en un período determinado.

Número total de pacientes atendidos en el Servicio o Área de Emergencia en el mismo período determinado.

NOMBRE	DESCRIPCION	FUNDAMENTO	EXPRESION	CRITERIOS DE EXCLUSION	FUENTE DE DATOS	ESTANDAR Y RESPONSABLE
3. Tasa de mortalidad en Servicio o Área de Emergencia.	Proporción de pacientes que fallecen en el Servicio o Área de Emergencia, habiendo accedido con vida al mismo.	Mide indirectamente la capacidad y eficacia del Servicio o Área de Emergencia para resolver los casos más críticos con rapidez, ya sea solucionando el problema con sus medios o derivando al paciente al Servicio, Unidad o Centro de Atención adecuado de acuerdo a la gravedad del caso.	En forma de tasa por cada 1.000 asistencias	Se excluyen los que, al ser llevados sin signos vitales al Servicio o Área, no reciben ninguna maniobra de reanimación ni otros actos terapéuticos debido a ser declarados por dicha causa fallecidos.	Registro diario de defunciones de Emergencia	El estándar se establecerá de acuerdo a la evaluación continua de resultados durante 6 meses. Jefe o Coordinador de Emergencia

FORMULA:

Número de pacientes fallecidos en el Servicio o Área de Emergencia en un período de tiempo definido, multiplicado por 1000.

Número total de pacientes atendidos en el Servicio o Área de Emergencia en el mismo período de tiempo definido.



SUBDIRECCIÓN DE SALUD
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD
SECCIÓN DE REGULACIÓN TÉCNICA EN SALUD
JUNIO- 2018