



DIARIO OFICIAL



DIRECTOR: *Edgard Antonio Mendoza Castro*

TOMO N° 401

SAN SALVADOR, MIERCOLES 4 DE DICIEMBRE DE 2013

NUMERO 227

La Dirección de la Imprenta Nacional hace del conocimiento que toda publicación en el Diario Oficial se procesa por transcripción directa y fiel del original, por consiguiente la institución no se hace responsable por transcripciones cuyos originales lleguen en forma ilegible y/o defectuosa y son de exclusiva responsabilidad de la persona o institución que los presentó. (Arts. 21, 22 y 23 Reglamento de la Imprenta Nacional).

SUMARIO

<i>Pág.</i>	<i>Pág.</i>
ORGANO EJECUTIVO	
MINISTERIO DE GOBERNACIÓN	
RAMO DE GOBERNACIÓN	
Estatutos de la Asociación de Vendedores de Mercados y Terminales de El Salvador, Apoyando al Sector Campesino y Veteranos de Guerra de El Salvador y de la Iglesia El Redil de Jehová y Acuerdos Ejecutivos Nos. 273 y 285, aprobándolos y confiriéndoles el carácter de persona jurídica.	3-14
MINISTERIO DE ECONOMÍA	
RAMO DE ECONOMÍA	
Acuerdo No. 1124.- Se autoriza a la sociedad Comercial Técnica Internacional, Sociedad Anónima de Capital Variable, para que amplíe sus instalaciones.	15-16
Acuerdos Nos. 1141, 1142 y 1145.- Se autoriza la construcción de tanques para almacenar combustible.	16-20
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	
RAMO DE EDUCACIÓN	
Acuerdos Nos. 15-1001, 15-1368, 15-1517, 15-1518, 15-1519, 15-1520, 15-1521, 15-1523, 15-1524, 15-1525, 15-1526, 15-1602, 15-1603, 15-1607, 15-1608, 15-1609, 15-1610, 15-1634, 15-1636, 15-1638, 15-1689, 15-1690, 15-1691, 15-1692, 15-1693, 15-1694, 15-1695, 15-1696 y 15-1697.- Reconocimiento de estudios académicos.	21-35
MINISTERIO DE SALUD	
RAMO DE SALUD	
Acuerdo No. 2068.- Norma para la Implementación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud.	36-54
ORGANO JUDICIAL	
CORTE SUPREMA DE JUSTICIA	
Acuerdos Nos. 705-D y 1169-D.- Autorizaciones para ejercer la profesión de abogado.	55
INSTITUCIONES AUTÓNOMAS	
ALCALDÍAS MUNICIPALES	
Estatutos de la Asociación de Desarrollo Comunal de Caserío Petacones y Acuerdo No. 11, emitido por la Alcaldía Municipal de Apopa, aprobándolos y confiriéndole el carácter de persona jurídica.	55-61
SECCION CARTELES OFICIALES	
DE PRIMERA PUBLICACIÓN	
Declaratoria de Herencia	
Cartel No. 1436.- María Marta Pineda Viuda de Majano y otros (1 v.).....	62

MINISTERIO DE SALUD
RAMO DE SALUD

ACUERDO No. 2068.-

San Salvador, 3 de diciembre de 2013.

EL ÓRGANO EJECUTIVO EN EL RAMO DE SALUD.**CONSIDERANDO:**

- I. Que de conformidad a lo establecido en el Artículo 40 del Código de Salud, corresponde al Ministerio de Salud, la elaboración de normas pertinentes, organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la salud.
- II. Que ese mismo cuerpo normativo, en su Artículo 41 numeral 4, establece que el Ministerio debe organizar, reglamentar y coordinar el funcionamiento y las atribuciones de todos los servicios técnicos y administrativos de sus dependencias, como lo son las que conforman los tres niveles de atención.
- III. Que se implementa el Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, sustentado en el acceso de los servicios, de forma integral, equitativa y solidaria, lo que supone una profunda reforma de la actual estructura de atención por parte de los entes que conforman el Ministerio de Salud.
- IV. Ello exige una reorientación de los servicios de salud, integrándolos en Redes integrales e integradas de servicios de salud, trabajando con las comunidades, familias y personas, con lo cual se conoce e incide en la realidad sanitaria local, el acceso oportuno a servicios de promoción, prevención, curación, control y rehabilitación, razón por la cual, hay que darle un sustento legal que facilite su implementación.

POR TANTO:

En uso de sus facultades legales conferidas.

ACUERDA emitir la siguiente:

NORMA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS RIISS**CAPÍTULO I****DISPOSICIONES GENERALES****Objeto de la Norma.**

Art. 1.- La presente Norma tiene por objeto establecer la estructura, conformación e implementación de las Redes Integrales e Integradas de los Servicios de Salud, en adelante las RIISS, así como de sus instrumentos básicos de funcionamiento, en los Niveles de atención.

Ámbito de Aplicación.

Art. 2.- Quedan sujetos al cumplimiento de la presente Norma, todo el personal que labora en los establecimientos de las RIISS.

Autoridad Competente.

Art. 3.- La autoridad competente para la aplicación de la presente Norma es el Ministerio de Salud, en adelante MINSAL, en los tres niveles de atención de las RIISS, debiendo considerar para ellos la intersectorialidad y la participación de todas las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, en adelante SNS.

De los principios esenciales de las RIISS.

Art. 4.- Las RIISS deberán actuar bajo los siguientes principios rectores:

a. Gratuidad.

Los servicios de salud del sistema público brindados a la población no son de carácter oneroso, dado que el sistema tributario se ha organizado para su financiamiento, a través de la captación de los tributos, con lo que se sufraga de forma solidaria y redistributiva, por lo que no debe cobrarse en absoluto ningún precio u honorario por los servicios médicos, preventivos o curativos, medicamentos y demás insumos, que se brinden a través de las RIISS.

b. Compromiso.

Los miembros de las RIISS deben tener conciencia de lo importante de su labor, del papel central que tiene la salud de la población, de la prioridad de dicho servicio, por lo cual deben desempeñarla con responsabilidad y eficiencia.

c. Equidad.

Todas las personas deben disfrutar de igualdad de oportunidades para desarrollar y mantener su salud, a través del acceso a todos los recursos del sistema y de su participación en los procesos de formulación de Políticas de salud (investigación, prioridades, planificación, implementación, evaluación), además implica la ausencia de diferencias en el acceso a servicios y precondiciones esenciales para iguales necesidades en salud (equidad horizontal), y aumento en el acceso u otros recursos para grupos poblacionales definidos en el aspecto social, demográfico o geográfico, con mayores necesidades de salud. Equidad en salud no debe ser confundida con igualdad en el estado de salud de las personas ni tampoco con una respuesta uniforme y única del sistema.

d. Transparencia.

Implica actuar de manera accesible para que toda persona que tenga interés legítimo, pueda conocer si la actuación del personal que pertenece a las RIISS, son apegadas a la Ley, eficiencia, eficacia y responsabilidad. En la gestión en salud es una precondición de buen gobierno, rectitud fiscal, sostenibilidad, honestidad y responsabilidad.

e. Participación Social en Salud.

El sistema público de salud pertenece en primera instancia a su población, por lo que es la comunidad, la familia y la persona, quienes deben actuar conjuntamente con las RIISS, para la ejecución del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, así como en la formulación de Políticas Públicas, para incidir en los determinantes y reducir la inequidad en salud. La participación implica la voluntad política de los entes estatales para transformarse, estableciendo vínculos y procedimientos que faciliten la participación social en salud y sus organizaciones, creando espacios de diálogo y consulta social, como instrumento para facilitar la incidencia desde la ciudadanía, asegurando la intersectorialidad.

f. Solidaridad.

En una colectividad o grupo social, es la capacidad de actuación unitaria de sus miembros, para lograr un alto grado de integración y estabilidad interna; es la adhesión ilimitada y total a una causa, situación o circunstancia, que implica asumir y compartir por ella beneficios y riesgos. Refiere a la convicción permanente de colaborar con el bien común, mediante la unión de intereses, propósitos y afinidades entre los miembros de la sociedad, para mejorar las condiciones de vida y bienestar colectivos. Es parte del reconocimiento de las asimetrías, y opera en sentido inverso para compensarlas.

g. Universalidad.

Implica que el ejercicio pleno al Derecho a la Salud debe ser garantizado a toda la población, mejorando las condiciones y calidad de vida, atendiendo de forma integral las necesidades en materia sanitaria, siendo uno de las bases del sistema. Ello conlleva a la construcción de un sistema de acceso universal, eliminándose las barreras económicas, geográficas, de género, étnicas, socioculturales y de cualquier otro tipo, para alcanzar la mayor cobertura del sistema público de salud, reorientando los servicios hacia la promoción y la prevención.

h. Intersectorialidad.

Todos los niveles y sectores están involucrados en conjunto, para brindar los servicios de salud, debiendo suministrar en cualquier nivel, la atención integral para los usuarios, asegurando las precondiciones esenciales para la salud. La intersectorialidad debe entenderse dentro de la Política Pública de Salud, engarzada en torno a ejes comunes; la acción intersectorial requiere una visión integral de la salud y de sus determinantes, así como de liderazgo, capacidad de toma de decisiones, de negociación y de construcción de consensos en torno a ejes aglutinantes, realizando esfuerzos para avanzar en el fortalecimiento del abordaje integrado de los problemas de salud y ambiente.

Terminología.

Art. 5.- Para efectos de la presente Norma se entenderá por:

Área de responsabilidad: es el espacio geopoblacional asignado administrativamente, a cargo del personal de salud o establecimiento de salud, definiendo con claridad el territorio que lo comprende y número de personas que lo habitan, además de otras características que inciden en los determinantes sociales de la salud. Dependiendo de la complejidad del establecimiento se define el tamaño de cada área de responsabilidad. El funcionamiento en RIISS permite que un determinado territorio sea asignado a establecimientos de salud de diferente complejidad de manera simultánea, promoviendo que el Ecos Familiar sea la puerta de entrada óptima a la prestación de servicios de salud.

Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario: es el producto de la estrategia de atención primaria en salud, que involucra los tres niveles de atención con un abordaje integral de la persona, a lo largo de su ciclo de vida, la familia y la comunidad, así como contribuir a que la ciudadanía asuma el control de las determinantes sociales, económicas, ambientales y Políticas de la salud, para reducir la inequidad en la gestión y prestación de servicios de salud; lo cual exige una reorientación de los servicios de salud integrándolos en redes que potencializan sus capacidades al conjugar la atención general y la especializada con el trabajo integrado a la comunidad, las organizaciones de base comunitaria, y otros sectores del gobierno, para garantizar el amplio conocimiento e incidencia en la realidad de la población, el acceso oportuno a servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades, atención, control y rehabilitación, según sea necesario y pertinente para conseguir el mejoramiento del nivel de salud de la persona, familia y comunidad, con amplia participación social, en forma solidaria, promoviendo el análisis y la planificación de acciones intersectoriales para la prevención, la promoción y el abordaje de los determinantes que condicionan la inequidad en la situación de salud de la población bajo su cargo. Simultáneamente, se hacen esfuerzos por mejorar el clima organizacional y construir una cultura de trabajo en equipo y de servicio, con alto grado de calidad y calidez, respetando profundamente las diferencias y la diversidad social, étnica, cultural, religiosa y de género.

Redes integradas e integrales de servicios de salud (RIISS): son redes conformadas por las diferentes dependencias de los diferentes niveles de atención del MINSAL, instituciones del SNS y otros prestadores de servicios de salud, que se incorporan gradualmente y cuya finalidad es la gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, desarrollando su trabajo en una población definida, a la cual rinden cuentas por sus resultados y por el estado de salud de la población de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de vida y que además trabajan articuladamente para incidir en la modificación de las determinantes de la salud.

Sin embargo, el concepto de redes desarrollado por la Reforma de Salud en El Salvador va más allá de las redes conformadas solamente por los servicios de salud del SNS, ya que un concepto de este tipo limita la precepción y las posibilidades de la redes y del trabajo en red. Son redes que se imbrican con las redes sociales y comunitarias a efecto de garantizar integralmente el derecho a la salud de la población, que no se limitan solo a la prestación de servicios de atención a la enfermedad, sino también a acciones conjuntas con la comunidad y otros actores de la sociedad para enfrentar riesgos, amenazas, identificar inequidades y tomar control sobre las determinantes de la salud.

Estos puntos de imbricación de las redes de servicio con las redes sociales pueden apreciarse a diferentes niveles:

- Comités de contraloría social en los hospitales.
- Los Gabinetes de Gestión departamentales y municipales.
- Las actividades de control de epidemias como el dengue.
- El trabajo con el Sistema nacional de Protección Civil.
- Instancias específicas de trabajo intersectorial como CISALUD.
- Trabajo con otras instancias organizadas en mesas específicas, donde el personal de los servicios participa activamente, tales como la de salud sexual y reproductiva, Mortalidad infantil y materna, minería, etc.
- Trabajo del personal de servicios con el Foro nacional de Salud por objetivos comunes como la Ley de Medicamentos, la aprobación del presupuesto y los refuerzos presupuestarios para medicamentos y fortalecimiento de la red hospitalaria y otros.

CAPÍTULO II**GENERALIDADES DE LAS REDES INTEGRALES E INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD****Conformación de las RIISS.**

Art. 6.- Las RIISS están conformadas de la siguiente manera:

- a) Por Niveles de estructura, organización y gestión.
- b) Por Niveles de atención.

Art. 7.- Los Niveles de estructura, organización y gestión de las RIISS son los siguientes:

- a) El Nivel Superior está conformado por el Despacho Ministerial, el Viceministerio de Políticas de Salud y el Viceministerio de Servicios de Salud, la Gerencia General de Operaciones, las diferentes Direcciones Nacionales y Unidades Nacionales.
- b) El Nivel Regional está conformado por las Direcciones Regionales.
- c) El Nivel Local está conformado por los SIBASI, las Direcciones de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, en adelante UCSF y las Direcciones de Hospitales según su categoría.

Art. 8.- Los Niveles de atención de las RIISS son los siguientes:

- a) En el primer nivel de atención, por los SIBASI, las UCSF, tanto básicas, intermedias o especializadas, Hogares de Espera Materna, Casas de Salud, como dependencias de menor complejidad de las UCSF y las Oficinas Sanitarias Internacionales (OSI). Además como puerta de entrada efectiva al sistema los Equipos Comunitarios de Salud Familiar, en adelante Ecos Familiares y los Equipos Comunitarios de Salud Familiar Especializados, en adelante Ecos Especializados.
- b) En el segundo nivel de atención está conformada por los Hospitales Nacionales categorizados como Básicos, Departamentales y Regionales, los que se describen a continuación:

Hospitales Básicos, son el apoyo inmediato a las UCSF, se definen como el nivel de complejidad en donde se atienden las cuatro especialidades básicas siguientes: pediatría, medicina interna, cirugía general y ginecología-obstetricia; disponen de la capacidad para resolver la mayor parte de los procedimientos médico quirúrgicos, sin complicación, tanto en adultos como en adolescentes, niños y niñas, así como la atención de partos de bajo riesgo.

Hospital Departamental del segundo nivel, lo constituyen los hospitales que se ubican en las cabeceras departamentales con mayor concentración de la población, reciben pacientes de los hospitales básicos, de los Ecos Familiares y de los Ecos Especializados y tienen mayor capacidad de respuesta en cuanto a infraestructura y elementos técnicos.

Poseen las cuatro especialidades básicas con cobertura completa las veinticuatro horas del día, y además disponen con algunas subespecialidades necesarias según el perfil epidemiológico de la población.

- c) El tercer nivel de atención está conformada por Hospitales Nacionales Especializados o de Referencia Nacional.

Lo constituyen en las RIISS, los hospitales dotados de alta tecnología y máxima capacidad resolutive diagnóstica, terapéutica, atienden patologías de alta complejidad. En ellos se reciben los pacientes especialmente agudos que son referidos del segundo nivel, y principalmente de los hospitales regionales de conformidad con la complejidad del padecimiento. Además de atender pacientes con padecimientos crónicos; están destinados a brindar atención especializada de recuperación, rehabilitación y emergencias a los enfermos de las diferentes especialidades y subespecialidades médicas.

En los diferentes hospitales se deben atender emergencias, consulta externa y hospitalización, cuando lo requiera la persona.

Atributos de las Redes integrales e integradas de servicios de salud.

Art. 9.- Los atributos de las RIISS se relación con:

- a) El Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario.
- b) La gobernanza (tipo de gobierno) conducción y estrategia, dentro de las RIISS.
- c) La organización y gestión dentro de las RIISS.

Art 10.- En relación al Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, las RIISS tienen los siguientes atributos:

- a. Población y territorio a cargo definido y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la prestación de servicios de salud requeridos.
- b. Una extensa red de establecimientos de salud, que presta servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades para la población de responsabilidad; diagnóstico, tratamiento, atención de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de programas integrales.
- c. Un Primer Nivel de Atención multidisciplinario, que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.
- d. Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen generalmente en entornos extra hospitalarios.
- e. Existencia de mecanismos de coordinación para la atención del individuo a lo largo del ciclo de vida, familia y comunidad, en el continuo de los servicios de salud.
- f. Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género y los niveles de diversidad de la población.

Art. 11.- En relación a la gobernanza (tipo de gobierno), conducción y estrategias, las RIISS tienen los siguientes atributos:

- a. Tiene un sistema de gobernanza único para toda la red.
- b. Incluyen una amplia participación social en salud, que permite garantizar que la contraloría social y el acompañamiento al control de las determinantes de la salud por parte de la población, sean una constante en el accionar de las RIISS.
- c. Incorpora la acción intersectorial y el abordaje de las determinantes de la salud y la equidad en salud.

Art. 12.- En relación a la organización y gestión, las RIISS tienen los siguientes atributos:

- a. Incluye gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico.
- b. La organización incluye los recursos de la intersectorialidad en base a la problemática de los territorios.
- c. Define los recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.
- d. Incluye un sistema de información integrado, que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes.
- e. La gestión se basa en los resultados, que incluye los resultados de impacto o cualitativos de las RIISS, orientando los resultados, así como los procesos.
- f. Se definen indicadores de gestión que permite medir la eficiencia y eficacia del accionar de la RIISS, donde se incluyen los indicadores de calidad y satisfacción de la población de responsabilidad.

CAPÍTULO III

FINALIDADES Y RESPONSABILIDADES DENTRO DE LAS RIISS

De la finalidad de las RIISS.

Art. 13.- Las RIISS tienen como finalidad, lo siguiente:

- a) Gestionar y entregar servicios de salud en el continuo de la atención a través de la promoción de la salud, prevención, protección de la salud, curación y rehabilitación, de acuerdo a las necesidades y derechos de las personas, familia y comunidad, en los diferentes niveles de atención.
- b) Asignar funciones, recursos y responsabilidades en espacios geo-poblacionales definidos, denominado área de responsabilidad, a través de la conformación de los Ecos Familiares y Ecos Especializados, y del impulso decidido de la intersectorialidad.

- c) Adecuar las funciones, recursos y responsabilidades de los niveles de atención, funcionando en el continuo de la atención para implementar el Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario.
- d) Garantizar el acceso universal a la atención en salud, de forma oportuna y con calidad.
- e) Garantizar el acceso de la población a servicios de salud, permanentes, oportunos y eficaces, disminuyendo las inequidades en salud con uso eficiente de los recursos, participación comunitaria, intersectorial e integración de todos sus elementos.
- f) Desarrollar procesos de integración en la red de servicios, acercando la atención especializada, desplegando para ello sus acciones en el ámbito comunitario y familiar.

Responsabilidades del Nivel Superior.

Art. 14.- El Nivel Superior dentro de las RIISS, tiene las siguientes responsabilidades:

- a. Planificar y ejecutar la Política Nacional de Salud 2009-2014 y el Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, en todos sus aspectos financieros, técnicos y de gestión.
- b. Conducir y asesorar las RIISS, para el desarrollo del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, adaptado a cada contexto específico.
- c. Formular el marco regulatorio a partir de la elaboración participativa de los instrumentos técnicos jurídicos que demande el Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario.
- d. Desarrollar procesos de planificación, monitorización y evaluación, basados en resultados, en las RIISS a nivel nacional.
- e. Desarrollar las competencias, actitudes y aptitudes de los Recursos Humanos para la implementación del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, desde el abordaje de las determinantes sociales de la salud, que permita la prestación de servicios oportunos.
- f. Oficializar el instrumento técnico jurídico específico para el manejo de la información estadística y documentos médicos, generados en las RIISS en el Modelo de atención.
- g. Realizar procesos de integración interinstitucional e intersectorial para facilitar la socialización, participación social, ejecución y sostenibilidad del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, y la construcción participativa de Políticas Públicas, para incidir en los determinantes sociales de la salud a Nivel Local, Regional y Nacional.
- h. Gestionar y asignar presupuesto a las dependencias del MINSAL, para la implementación y sostenibilidad del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario.
- i. Conducir los procesos de investigación en función del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, en los diferentes componentes de éste, con participación de otros actores.
- j. Evaluar periódicamente el Sistema de referencia, retorno e interconsulta, para la atención de los miembros de las familias y la protección de la salud de la población a nivel territorial, reduciendo la inequidad en el servicio.
- k. Proporcionar las directrices para la implementación del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, en la red hospitalaria a Nivel Nacional.
- l. El establecimiento, coordinación, gestión y dirección de las RIISS.

Responsabilidades del Nivel Regional.

Art. 15.- El Nivel Regional dentro de las RIISS, tiene las siguientes responsabilidades:

- a. Cumplir los instrumentos técnicos jurídicos, para desarrollo del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario.
- b. Desarrollar procesos de comunicación, difusión y orientación de los instrumentos técnicos jurídicos relacionados al Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario.
- c. Desarrollar procesos para promover, divulgar, contextualizar y socializar el Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, con la población del área de responsabilidad.

- d. Gestionar, asignar presupuesto y recursos para la provisión de servicios de salud al individuo, la familia y la comunidad con base a las necesidades y el ejercicio pleno del derecho a la salud, reduciendo inequidades en la asignación de recursos.
- e. Planificar, organizar, dirigir y controlar las actividades relacionadas al Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, en los SIBASI, Hospitales Regionales, Departamentales y Básicos.
- f. Socializar y conducir la elaboración del diagnóstico de la situación de salud integral de la Región y ajustar los planes operativos de intervención, para el desarrollo del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, en su jurisdicción.
- g. Abastecer de medicamentos, insumos médicos y no médicos, con una frecuencia trimestral a las Direcciones de las UCSF.
- h. Supervisar la implementación del sistema de información, estadística y vigilancia epidemiológica con enfoque sectorial y comunitario, generado en las RIISS.
- i. Supervisar la implementación de los Lineamientos técnicos de referencia, retorno e interconsulta, para la atención de los miembros de las familias y la protección de la salud de la población a nivel territorial, garantizando el continuo de la atención y reduciendo la inequidad en el servicio.
- j. Coordinar las reuniones del Comité de Gestión Regional de las RIISS.
- k. Supervisar la implementación del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario en la red hospitalaria.

Responsabilidades del Nivel Local.

Art. 16.- El SIBASI dentro de las RIISS tiene las siguientes responsabilidades:

- a. Dar cumplimiento a los instrumentos técnicos jurídicos, emitidos por el Nivel Superior, relacionada al Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario.
- b. Desarrollar y supervisar los procesos de promoción, divulgación y socialización del Modelo de atención, a nivel local con la población y actores sociales del área de responsabilidad.
- c. Fortalecer la capacidad técnica de los Recursos Humanos, para la prestación de servicios de salud a la persona, familia y comunidad, en las RIISS bajo su responsabilidad.
- d. Realizar procesos de articulación interinstitucional e intersectorial, para el desarrollo de las intervenciones integrales, a fin de solucionar los problemas de salud según sus determinantes sociales.
- e. Elaborar el diagnóstico de la situación de salud del SIBASI, en conjunto con las UCSF, los Ecos Familiares, Ecos Especializados y Hospitales, ajustando los Planes Operativos Anuales, para el desarrollo del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, dentro de las RIISS en su área de responsabilidad.
- f. Desarrollar acciones para la provisión de servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación, con la organización y participación social en salud.
- g. Gestionar Recursos Humanos, financieros, materiales y equipos, a nivel Regional e intersectorial.
- h. Realizar procesos de integración y coordinación interinstitucional e intersectorial, para la provisión de los servicios de salud a las familias y comunidades del SIBASI.
- i. Participar de los procesos de supervisión y evaluación de la prestación de los servicios de salud con enfoque de salud familiar en el SIBASI.
- j. Cumplir los Lineamientos técnicos del Sistema de referencia, retorno e interconsulta, para la atención de los miembros de la familia, bajo su responsabilidad.
- k. Participar y desarrollar procesos de investigación con criterios éticos, epidemiológicos y de interés nacional con enfoque de salud familiar y comunitaria.
- l. Verificar y promover la participación social en salud en los procesos del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, fomentando la corresponsabilidad y contraloría social.
- m. Desarrollar procesos de monitoreo, supervisión y evaluación de la prestación de servicios de salud del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, en las RIISS bajo su responsabilidad.

- n. Implementar y supervisar el sistema de información estadística y vigilancia epidemiológica con enfoque sectorial y comunitario, generados por las RISS en el Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario.
- o. Coordinar las reuniones del Comité de Gestión Departamental de las RISS.

Responsabilidades en los hospitales de las RISS.

Art. 17.- En los hospitales dentro de las RISS se tienen las siguientes responsabilidades:

- a. Desarrollar mecanismos y procesos ágiles para la interconsulta, referencia y retorno, con estrecha comunicación, mediante la acción articulada de la red bajo los criterios de continuidad, oportunidad e integralidad, que permitan la implementación efectiva de la normativa relacionada.
- b. Evaluar conjuntamente con el SIBASI, la efectividad del Sistema de referencia, retorno e interconsulta, en forma periódica, a fin de garantizar la integración y continuidad de la prestación de servicios de salud.
- c. Trabajar sistemáticamente con el SIBASI, en vías de garantizar la educación continuada en salud dirigida al Recurso Humano de las RISS, el apoyo a procesos educativos dirigidos a la población, abordaje conjunto de la determinación social en salud, promoción de estilos de vida saludables, prevención de riesgos y uso adecuado de medicamentos.
- d. Planificar y evaluar las actividades de prestación de servicios, de manera conjunta con Ecos Familiares, Ecos Especializados y SIBASI, en función de la red, a fin de definir intervenciones que contribuyan a la calidad de atención proporcionada con enfoque geo poblacional.
- e. Análisis conjunto de la situación epidemiológica entre los Ecos Familiares, Ecos Especializados y SIBASI, para la toma de decisiones a Nivel Local, de tal forma de impulsar el enfoque de gestión de riesgo ante desastres, emergencias y contingencias.
- f. Promover la realización de procesos de investigación científica, con enfoque geo poblacional, en conjunto con los Ecos Familiares, Ecos Especializados, UCSF y SIBASI, con criterios éticos, epidemiológicos y de interés nacional.
- g. Intercambio ágil de información por vía oficial, que permita potenciar el funcionamiento en red y el impulso de temas de interés, que surjan de las coordinaciones intersectoriales.
- h. Potenciar y facilitar espacios de contraloría ciudadana en conjunto con otros prestadores de servicios de salud de las RISS, de forma que se mejore su prestación.
- i. Facilitar la participación social en la planificación de actividades de promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud.
- j. Impulsar actividades semestrales de intercambio de acciones contempladas en el Análisis de la Situación de Salud Integral, en adelante ASSI, que permita el conocimiento geopoblacional y las determinantes sociales de la salud, presentes en cada territorio.

Responsabilidades de las UCSF.

Art. 18.- A nivel de la UCSF dentro de las RISS se tienen las siguientes responsabilidades:

- a. Dar cumplimiento a los instrumentos técnicos jurídicos emitidos por el Nivel Superior, relacionada al Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, basado en Atención Primaria en Salud Integral.
- b. Planificar, contextualizar y organizar el proceso de implementación y funcionamiento del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, a Nivel Local.
- c. Fortalecer la capacidad técnica de los Recursos Humanos de las UCSF, para la provisión de los servicios con enfoque de salud familiar y comunitaria, integral e integrada.
- d. Elaborar el diagnóstico de la situación de salud en conjunto con los Ecos Familiares y Ecos Especializados, y ajustar los planes operativos de intervención, para el desarrollo del Modelo de atención en su jurisdicción.
- e. Socializar los resultados del análisis de la situación de salud integral a la comunidad, a los diferentes niveles institucionales y en cada municipio, para buscar alianzas estratégicas, en la ejecución de los planes de intervención definidos.
- f. Desarrollar acciones para la provisión de servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación en la salud, con la organización y participación de la población y de actores a Nivel Local.
- g. Desarrollar procesos de promoción, divulgación y socialización del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, a Nivel Local con la población, creando alianzas con los actores sociales del área de responsabilidad.

- h. Gestionar Recursos Humanos, materiales y equipos, a Nivel Local e intersectorial.
- i. Realizar procesos de integración y coordinación interinstitucional e intersectorial, para la provisión de los servicios de salud a las familias y comunidades, y la implementación participativa de Políticas Públicas saludables en su área de responsabilidad.
- j. Participar en los procesos de seguimiento operativo y evaluación de la prestación de los servicios de salud, con enfoque de salud familiar y comunitario en su área de responsabilidad.
- k. Cumplir los Lineamientos técnicos del Sistema de referencia, retorno e interconsulta, para la atención de los miembros de las familias y la protección de la salud de la población a nivel territorial.
- l. Participar o desarrollar procesos de investigación con criterios éticos, epidemiológicos y de interés nacional, con enfoque de salud familiar y comunitario.
- m. Implementar el sistema de información estadística y vigilancia epidemiológica, con enfoque sectorial y comunitario, generado en las RIISS en el Modelo de atención.
- n. Mantener actualizado los diferentes Módulos del Sistema Único de Información en Salud generado en las RIISS.
- o. Promover la participación social en salud en las comunidades, fomentando la corresponsabilidad y contraloría social.
- p. Gestionar el abastecimiento oportuno de medicamentos e insumos, de acuerdo a las necesidades de consumo.

CAPÍTULO IV

COMPONENTES DE LAS RIISS

Sobre el Modelo de atención.

Art. 19.- En los establecimientos de las RIISS se debe aplicar el Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario.

No obstante su categorización, los hospitales deben atender a todo paciente que consulte a su Unidad de Emergencias, independientemente de la complejidad de la patología y del número, debiendo individualizar cada caso, de acuerdo a lo siguiente:

- a. Manejo ambulatorio (alta).
- b. Referencia a la consulta externa del mismo hospital, si le corresponde.
- c. Referencia a la UCSF, Ecos Familiares o Ecos Especializados, respectivos.
- d. Ingreso a hospitalización u observación, si le corresponde.
- e. Ingreso para sala de operaciones o trabajo de parto, según sea el caso.
- f. Referencia a otro hospital de acuerdo a su categorización.

Objetivos del Modelo de atención.

Art. 20.- Los objetivos del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario son:

- a. Contribuir a mejorar la calidad de vida de la población del área de responsabilidad, proporcionando cuidados continuos de salud, tanto a lo largo del ciclo de vida individual y familiar, como en el proceso de control de sus determinantes de la salud.
- b. Acercar la atención de salud a la población beneficiaria.
- c. Aumentar la satisfacción de las personas, familias y comunidades bajo su responsabilidad.
- d. Mejorar la capacidad resolutoria y controlar los costos de operación del sistema simultáneamente, sin privilegiar algunos de estos factores en deterioro de otros.
- e. Alcanzar un aumento creciente de las acciones de promoción y prevención, en relación a las acciones curativas, en pro de las personas, familias y comunidades del área de responsabilidad.
- f. Dar atención de urgencia, oportuna y de calidad a la población del área de responsabilidad.

- g. Implementar los Lineamientos técnicos de referencia, retorno e interconsulta del MINSAL.
- h. Incorporar mecanismos eficientes y efectivos de participación social en salud, donde la persona, familia y comunidad asuman un rol activo como agentes de un cambio de su propia situación de salud.

Elementos del Modelo de Atención.

Art. 21.- Los elementos que incluye el Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario son:

- a. Está fundamentado en la estrategia de Atención Primaria en Salud Integral (APSI).
- b. Define un abordaje completo de la persona a lo largo de su ciclo de vida, con énfasis en el enfoque familiar y comunitario, así como de las determinantes sociales de la salud.
- c. Está centrado en la promoción, protección y prevención de la salud, a partir de la detección temprana de condicionantes y riesgos a la salud.
- d. Articula el tratamiento de acuerdo a las necesidades y características de la persona en su entorno, lo cual exige una reorientación de los servicios de salud integrándolos en redes que potencializan sus capacidades, al conjugar la atención general y la especializada con el trabajo integrado a la comunidad y con las organizaciones de base comunitaria.
- e. Promueve desde los espacios comunitarios la riqueza y amplitud de la participación social, en forma solidaria, promoviendo el análisis y la planificación de acciones intersectoriales para el abordaje de los determinantes que condicionan la situación de salud de la población.
- f. Contempla el enfoque de integralidad, abordando todas las dimensiones de la persona y considerando su entorno.
- g. Requiere del enfoque de intersectorialidad, para lograr la activación de sectores prioritarios, así como coordinación efectiva y dinámica con otras organizaciones.
- h. Simultáneamente, con los Recursos Humanos de las RIISS, se hacen esfuerzos para mejorar el clima organizacional y construir una cultura de trabajo en equipo y de servicio, con alto grado de calidad y calidez, que permita el abordaje técnico a nivel comunitario, respetando profundamente las diferencias y la diversidad social, étnica, cultural, religiosa y de género.

Desarrollo de Recurso Humano.

Art. 22.- Los diferentes establecimientos de las RIISS deben tener personal capacitado para brindar atención con enfoque de salud familiar y comunitario, en los diferentes niveles de atención, considerando lo establecido en la Política Nacional de Salud.

La organización en las RIISS.

Art. 23.- La RIISS está organizada de la siguiente manera:

- 1. Microred, que puede ser municipal o intermunicipal
- 2. Red Departamental
- 3. Red Regional
- 4. Red Nacional.

Coordinación de redes.

Art. 24.- Cada red contará con su respectivo Comité de Gestión, que será coordinada de la siguiente manera:

- a. La Microred es coordinada por el Director(a) de la UCSF de mayor complejidad del área de responsabilidad respectiva o de acuerdo a criterios que deben de constar en punto de Acta en el Comité de Gestión Departamental de las RIISS presentada por el SIBASI.
- b. La Red Departamental, por el coordinador(a) del SIBASI, integrada al funcionamiento de los Gabinetes de Gestión Departamental.
- c. La Red Regional por el Director(a) Regional respectivo.
- d. La Red Nacional por Titular del Viceministerio de Servicios de Salud.

La periodicidad de las reuniones se determina en el Manual de organización y funciones de las RIISS.

Art. 25.- El Tercer Nivel de Atención es miembro permanente del Consejo de las RIISS Nacional, y puede participar, de ser necesario, en el Consejo de las RIISS Departamental.

Art. 26.- Son miembros del Consejo de Gestión de la Microred:

- a. Directores(as) de las UCSF de la Microred.
- b. Director(a) de la cabeza de Microred.
- c. Director(a) del Hospital Básico, sí aplica.
- d. Representante del Foro Nacional de Salud u otras expresiones organizativas en salud, presentes en los municipios.

Art. 27.- La conducción de la Microred está bajo la responsabilidad del Director(a) de la UCSF cabeza de Microred y el Director(a) del Hospital Básico.

Art. 28.- Son miembros del Consejo de Gestión de Red Departamental:

- a. Directores(as) de las cabezas de Microred.
- b. Coordinador(a) de SIBASI y equipo técnico según temática
- c. Directores(as) de Hospitales del departamento, básico o departamentales, y equipo técnico según temática.
- d. Foro Nacional de Salud u otras expresiones organizativas en salud, presentes en el departamento.

Art. 29.- El coordinador(a) del SIBASI y el Director(a) del Hospital departamental, serán los gestores de integración de las RIISS departamental, integrados al funcionamiento de los Gabinetes de Gestión Departamental.

Art. 30.- Son miembros del Consejo de Gestión de Red Regional:

- a. Director(a) Regional.
- b. Directores(as) de hospitales.
- c. Coordinadores(as) de SIBASI.
- d. Foro Nacional de Salud u otras expresiones organizativas en salud, presentes en el departamento.

Cada miembro puede apoyarse en el equipo técnico correspondiente según temática.

Art. 31.- La conducción de la RIISS Regional es responsabilidad de:

- a. El Director(a) Regional y el Director del Hospital Regional, en el caso de Santa Ana y San Miguel,
- b. En la Región de Salud Paracentral, el Director(a) Regional y el Director(a) del Hospital Santa Gertrudis de San Vicente;
- c. En la Región de Salud Central, el Director(a) Regional y el Director(a) del Hospital San Rafael; y
- d. En la Región de Salud Metropolitana, el Director(a) Regional y el Director(a) del Hospital Nacional "Dr. Juan José Fernández", Zacamil.

Art. 32.- Son miembros del Consejo de Gestión de Red Nacional:

- a. Directores del Nivel Superior del MINSAL, tanto del Viceministerio de Políticas en Salud como del Viceministerio de Servicios de Salud, Directores de Programas Nacionales, la Unidad por el derecho a la salud y atención a la persona veterana de guerra, Enfermería y la Gerencia General de Operaciones.
- b. Representantes Foro Nacional de Salud y otras organizaciones según temática.
- c. Representantes de FOSALUD, Instituto Nacional de Salud, ISSS y otros prestadores del SNS.
- d. Directores Regionales.
- e. Directores de Hospitales especializados y regionales.

Art. 33.- Los tres hospitales de Tercer nivel y los dos Regionales deben participar permanentemente en la reunión de las RIISS Nacional.

Art. 34.- Se debe realizar una reunión de balance anual en RIISS, para determinar los planes de mejora continua de la integración y las líneas estratégicas de desarrollo.

Art. 35.- Se debe informar a su Nivel inmediato superior los resultados de la evaluación anual o cualquier otro espacio de evaluación realizado, así como la proyección de trabajo que permita fortalecer el funcionamiento en red.

De las UCSF.

Art. 36.- La UCSF es el ente encargado de brindar servicios de salud generales a la población que se encuentra ubicada dentro de su área de responsabilidad y cumple con los siguientes elementos:

- a. Se constituyen UCSF en cada municipio, por acuerdo del Nivel Superior, a propuesta de cada Región de Salud, en base a las necesidades planteadas por cada SIBASI, considerando los lineamientos hechos para ello.
- b. Como establecimiento tiene como sede la infraestructura de salud ubicada en el centro poblacional del nivel local de pertenencia.
- c. Su estructura funcional y operativa está conformada por los Ecos Familiares y los Ecos Especializados del área de responsabilidad, de los cuales ejercerá evaluación, monitorización, control y coordinación.

De las UCSF Especializada.

Art. 37.- La UCSF Especializada es el ente encargado de brindar servicios en salud generales y especializados a la población que se encuentra ubicada dentro de su área de responsabilidad, y de realizar procesos de investigación para conocer e incidir en los determinantes de salud de la población, éstas cumplen con los siguientes elementos:

- a. Se constituye UCSF Especializada por acuerdo del Nivel Superior, a propuesta de la Región de Salud, con base a las necesidades planteadas por el SIBASI respectivo.
- b. Dicho establecimiento tiene como sede la infraestructura de salud de mayor complejidad del Nivel Local en el Primer Nivel de Atención.
- c. Su estructura funcional y operativa está conformada por los Ecos Familiares y Ecos Especializados de su área de responsabilidad, los Hogares de Espera Materna y los Centros Rurales de Nutrición, de los cuales ejercerá evaluación, monitorización, control y coordinación.

Del Ecos Especializado.

Art. 38.- Para el funcionamiento del Ecos Especializado se debe cumplir con los criterios siguientes:

- a. Son los encargados de brindar servicio especializado en salud, que le sean remitidos por parte de los Ecos Familiares.
- b. Realizar estudios operativos para conocer los determinantes sociales en su área de responsabilidad con enfoque geo-poblacional.
- c. Cada Ecos Especializado se debe conformar con la cobertura de cuatro Ecos Familiares urbanos, debiendo dar su servicio a ocho mil cuatrocientas familias, equivalente a cuarenta y dos mil personas en su área de responsabilidad; o con la cobertura de diez Ecos Familiares rurales, debiendo dar su servicio a seis mil familias, equivalente a treinta mil personas, en el área de responsabilidad.

Los Ecos Especializados podrán atender de manera combinada la cobertura de los Ecos Familiares urbanos o rurales, dependiendo de la necesidad geo-poblacional que se presente a Nivel Local.

Del Equipo Comunitario de Salud Familiar.

Art. 39.- Para el funcionamiento del Ecos Familiar se deben conocer los criterios siguientes:

- a. Constituyen el instrumento de implementación del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, garantizando la continuidad de los cuidados a través de la red de servicios y del ciclo de vida en la persona, familia y comunidad, favoreciendo la participación comunitaria y el abordaje intersectorial de los determinantes que afectan la equidad en salud.

- b. De acuerdo al área de responsabilidad, son urbanos o rurales.
- c. Debe constituirse un Ecos Familiar urbano por cada mil ochocientas familias para su área de responsabilidad. Por lo cual debe brindar el servicio preventivo y curativo a un aproximado de nueve mil personas.
- d. Igualmente se debe constituir un Ecos Familiar rural por cada seiscientas familias para su área de responsabilidad. Por lo cual debe brindar el servicio preventivo y curativo a un aproximado de tres mil personas.

Sedes de los Ecos Familiares.

Art. 40.- Las Casas de Salud son aquellos establecimientos con mínimas condiciones para la atención en salud, que en el Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, deben de adecuarse como sede de los Ecos Familiares, dependiendo del criterio geo-poblacional.

Los Ecos Familiares también podrán tener como sedes la infraestructura social a nivel local que proponga la comunidad, viviendas o construcciones de uso particular propuestos de igual manera.

Aprobación de sedes.

Art. 41.- Como resultado de la sectorización, las sedes para los Ecos Familiares deben ser aprobadas por escrito por el SIBASI, partiendo de los criterios geo-poblacionales.

De los Hogares de Espera Materna.

Art. 42.- El Hogar de Espera Materna (HEM) es una instalación comunitaria, cuya función principal es el alojamiento temporal de las mujeres gestantes con riesgo obstétrico, originarias de comunidades rurales y con difícil acceso a los servicios de salud, donde se facilita el parto limpio, de preferencia institucional y se proporciona la atención del post-parto, ya sea normal o complicado. Ello permite a la mujer gestante, el acceso al sistema de servicios de salud, en las semanas previas al parto para asegurar el parto institucional, previniendo las muertes materna y perinatal en las zonas rurales. Responden jerárquica y administrativamente a la Dirección de UCSF Especializada.

De los Centros Rurales de Nutrición y Salud (CRNS).

Art. 43.- Son aquellos establecimientos ubicados en las zonas rurales, en los cuales se brinda servicios de consejería en nutrición a las madres o responsables de los niños y niñas, para la prevención o recuperación nutricional de la familia. Responden jerárquica y administrativamente a la Dirección de UCSF Especializada o UCSF Intermedia.

CAPÍTULO V

ACCIONES DENTRO DE LAS RIISS

Acciones de los Ecos Familiares y Ecos Especializados.

Art. 44.- Los Ecos Familiares y Ecos Especializados deben realizar sus acciones dentro de las RIISS, en los siguientes rubros:

- a. Para la inmersión comunitaria.
- b. Para la sectorización.
- c. Para la dispensarización.
- d. Para diagnóstico comunitario participativo.
- e. Para la prestación de los servicios de salud.

Los Manuales y Lineamientos técnicos desarrollan las actividades específicas de acuerdo a los rubros anteriormente señalados.

Art. 45.- Los Ecos Especializados deben coordinar las acciones tanto los Ecos Familiares de su área de responsabilidad, como con los hospitales de su Microred, que permita:

- a. Evaluar el Sistema de referencia, retorno e interconsulta.
- b. Evaluar el cumplimiento de indicadores en salud.
- c. Potenciar las instancias de la participación social en salud.
- d. Promover la investigación científica.
- e. Desarrollar la estrategia de calidad a Nivel Local, en conjunto con los Ecos Familiares de su área de responsabilidad.

CAPÍTULO VI

ESTRUCTURACIÓN Y OPERATIVIZACIÓN EN LAS RISS

Conformación del Ecos Familiar urbano.

Art. 46.- El Ecos Familiar urbano está conformado por el siguiente personal:

- a. Médico(a).
- b. Odontólogo(a).
- c. Enfermera(o).
- d. Auxiliar de enfermería.
- e. Promotores(as) de salud, en una proporción de un(a) promotor(a) por cada trescientas familias.
- f. Colaborador de servicios varios.
- g. Se asignará un inspector de saneamiento ambiental por cada dos Ecos Familiares urbanos.

Conformación del Ecos Familiar rural.

Art. 47.- El Ecos Familiar rural está conformado por el siguiente personal:

- a. Médico(a).
- b. Enfermera(o).
- c. Auxiliar de enfermería.
- d. Promotores(as) de salud, en una proporción de un(a) promotor(a) por cada doscientas familias.
- e. Colaborador de servicios varios.
- f. Un odontólogo(a) por cada tres Ecos Familiares rural.
- g. Un inspector(a) de saneamiento ambiental por aproximadamente cada seis Ecos Familiares.

Conformación del Ecos Especializado.

Art. 48.- El Ecos Especializado está conformado por el siguiente personal:

- a. Pediatra.
- b. Ginecólogo(a).
- c. Internista o médico(a) de familia.
- d. Auxiliar en enfermería.

- e. Educador(a) en salud.
- f. Laboratorista clínico.
- g. Auxiliar estadístico.
- h. Psicólogo(a) Ecos Especializados.
- i. Nutricionista Ecos Especializados.

Plan Operativo Anual (POA).

Art. 49.- Los establecimientos de las RIISS deben elaborar su Plan Operativo Anual en adelante POA, que incluya la programación de la implementación y ejecución del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, el cual estará determinado por el ASSI, su capacidad resolutive y las necesidades de la población.

Del plan de intervención.

Art. 50.- Cada establecimiento de las RIISS debe desarrollar las intervenciones a los miembros de la familia en los diferentes ciclos de vida, considerando los componentes de crecimiento, desarrollo y nutrición, salud sexual y reproductiva, promoción de la salud, recuperación de la salud y rehabilitación, así como de salud ambiental.

Art. 51.- El personal de los establecimientos de las RIISS a partir de la información recolectada y el proceso de dispensarización, debe elaborar el plan de intervenciones, dirigido a atender los factores de riesgo y daños en la salud encontrados en la familia.

Art. 52.- El personal de las RIISS debe priorizar y ejecutar el plan de intervenciones que contempla acciones dirigidas a modificar las determinantes de la salud con participación de la familia, líderes comunitarios y otros representantes de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, a partir de los problemas de salud identificados en la familia y comunidades.

Art. 53.- El personal de las RIISS en el plan de intervención debe considerar y enfatizar, el desarrollo de acciones de promoción de la salud, prevención del riesgo y el daño, rehabilitación y otras que se requieran.

CAPÍTULO VII

DE LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE REFERENCIA, RETORNO E INTERCONSULTA EN LA RIISS

Definición.

Art. 54.- La referencia y el retorno es el conjunto de actividades técnicas y administrativas que garantiza la continuidad asistencial del usuario(a) durante el paso por los diferentes niveles de atención dentro de la RIISS, para resolver o disminuir la gravedad del problema de salud.

De la organización.

Art. 55.- Para operativizar la referencia, retorno e interconsulta, los establecimientos están organizados en RIISS, debiendo garantizar la evaluación y actividades de corrección que permita:

- a) Aumentar progresivamente los porcentajes de retorno.
- b) Identificar las buenas prácticas, para compartirlas en los Comités de Gestión.
- c) Corregir de manera oportuna las deficiencias identificadas.
- d) Sistematizar la experiencia anualmente.

Requisitos.

Art. 56.- Para que la operativización de la referencia, retorno e interconsulta sea efectiva, cada establecimiento de salud debe:

- a. Definir y comunicar en su área de responsabilidad, la oferta de servicios, detallando las especialidades, subespecialidades y los servicios de apoyo con los que cuente y horario de atención de cada uno de ellos.
- b. Definir y comunicar el flujograma de atención al personal de salud y a usuarios según nivel de complejidad.
- c. Conformar el Comité Local de referencia, retorno e interconsulta en cada nivel de atención; los cuales requerirán también la conformación e integración del Comité de Red y del Comité Ampliado.
- d. Registrar y evaluar las referencias y retornos.

De la conformación del Comités.

Art. 57.- Debe conformarse el Comité Local de referencia, retorno e interconsulta, cuyos miembros son: el Director (a) local, jefaturas de enfermería y de estadísticas y documentos médicos respectivamente, y otro personal que considere necesario, de acuerdo a la complejidad del establecimiento, quienes evaluarán diariamente y retroalimentarán el proceso de referencia, retorno e interconsulta.

Art. 58.- El Comité de Red Departamental de referencia, retorno e interconsulta está conformado por los(as) Directores(as) de los establecimientos que integran el SIBASI y los Hospitales de referencia del área de responsabilidad.

Art. 59.- El Comité ampliado de referencia, retorno e interconsulta, está conformado por el Director (a) Regional, los coordinadores de SIBASI, Directores de Hospitales de segundo y tercer nivel y administradores Regionales y de Hospitales.

De la coordinación entre Comités.

Art. 60.- El Comité Local debe coordinar y evaluar mensualmente con el Comité de la Red Departamental, y trimestralmente con el Comité Ampliado de referencia, retorno e interconsulta, para retroalimentación y la toma de decisiones oportunas.

De la referencia.

Art. 61.- La referencia se genera entre establecimientos con diferente oferta de servicios de salud, así como también de agentes comunitarios hacia establecimientos de diferente complejidad de atención, según lo amerite el caso de cada paciente.

De la elaboración de la referencia.

Art. 62.- El personal de salud que remita al paciente es responsable de elaborar la referencia en original y copia, debiendo registrar la información solicitada con letra legible y clara, deben cumplirse los siguientes criterios:

- a. El usuario llega espontáneamente a un establecimiento de salud o se encuentre hospitalizado, el personal de salud tratante, debe dejar evidencia en el expediente clínico sobre el lugar de donde fue referido y las razones que la justifican, firma y sello profesional.
- b. La hoja de referencia, retorno e interconsulta en original y copia se entregan al paciente para ser presentada al establecimiento a donde ha sido referido.
- c. Cuando el paciente le es atendido el motivo de referencia, debe regresar al establecimiento con los datos de retorno correcta y completamente llenos, para dar seguimiento a la situación de salud que ameritó la consulta.

Los tipos de referencia.

Art. 63.- De acuerdo al ámbito de aplicación, la referencia de un paciente se genera de un establecimiento a otro, hacia consulta externa, servicios de apoyo o hacia la emergencia de otro establecimiento.

En caso de referencia de emergencia, el establecimiento que remite al paciente se debe responsabilizar del traslado y debe ir acompañado por personal de enfermería o el médico, según la gravedad del caso.

Canalización de referencia.

Art. 64.- Toda referencia debe canalizarse telefónicamente, con el establecimiento o al servicio donde se refiere, de forma previa.

De la interconsulta.

Art. 65.- Se considera interconsulta al procedimiento que involucra la atención de otro profesional de la salud, en el manejo del paciente hospitalizado, a solicitud del médico tratante, pudiendo realizarse tanto dentro del mismo establecimiento como en otro con diferente oferta de servicio. Para la cual se debe usar el formato establecido.

En la interconsulta no se produce egreso del paciente y siempre se debe adjuntar el expediente clínico, para que el profesional consultado pueda anotar sus indicaciones.

Educación a pacientes.

Art. 66.- La persona que refiere debe informar al paciente y su familia de la importancia de atender la referencia, así como facilitar el acceso y la continuidad de atención en la red de servicios de salud.

Atención de referencias.

Art. 67.- Para la atención de referencias cada establecimiento de salud, de acuerdo al flujograma de atención establecido, debe evaluar la pertinencia del caso referido y definir el proceso a seguir en cada caso en particular.

Cada establecimiento debe dejar cupos o espacios disponibles en los servicios que presta, para atender interconsultas o referencias generadas en su área de responsabilidad.

De la coordinación con emergencias.

Art. 68.- Previo al traslado de pacientes delicados, el personal tratante debe coordinar preferentemente con el responsable de la emergencia del establecimiento de salud donde es referido, para informar sobre la condición del paciente y de ser posible, solicitar las medidas necesarias para estabilizarlo.

En caso que la emergencia sea detectada en la comunidad, debe gestionarse su traslado directamente al establecimiento donde pueda ser atendida.

Atención de referencia de emergencia.

Art. 69.- Toda referencia de emergencia debe ser atendida de forma inmediata en los establecimientos de salud de la RIISS.

Art. 70.- En caso de referencia por emergencia, previa evaluación del paciente o usuario (a) deben considerarse las situaciones siguientes:

- a. Si la emergencia sobrepasa su nivel de resolución al problema, debe referirse inmediatamente, al nivel de mayor complejidad de atención para diagnóstico o tratamiento oportuno.
- b. Si no es catalogada como emergencia en el establecimiento referido, el médico (a) tratante debe derivar de forma inmediata a consulta externa o servicio de apoyo del establecimiento que atiende.

De la autorización.

Art. 71.- El formulario de referencia, retorno e interconsulta debe contar con el visto bueno del Director (a) local, el médico (a) coordinador (a) de consulta externa, emergencia o la persona de mayor jerarquía que el director delegue, dependiendo del nivel de complejidad del establecimiento que refiere.

En caso que la referencia se genere en la comunidad, debe colocarse el nombre del promotor (a) de salud, partera o líder(eza) comunitario responsable de remitir a la persona.

Retorno.

Art. 72.- A toda referencia le corresponde el retorno respectivo, ya sea por referencia o por interconsulta, de manera que la persona que refirió, conozca del diagnóstico, los cuidados y el tratamiento que se le practicó en el nivel de atención correspondiente al que fue enviado, y dé cumplimiento al plan de manejo y seguimiento necesario para resolver o minimizar el problema de salud.

Archivo de referencia.

Art. 73.- En el formulario de referencia, retorno e interconsulta que llevó el paciente en original y copia, el espacio de retorno será completado por el médico tratante del lugar donde fue referido, consignando la copia en el expediente clínico y la original debe ser entregada al paciente, para que sea presentada, evaluada y anexada en el expediente clínico del establecimiento que la originó, para el seguimiento respectivo.

Art. 74.- En caso que el paciente haya sido referido por un promotor, partera o líder(eza) comunitario (a), se debe hacer un retorno para el establecimiento de salud que le corresponda, a fin que el Director local conozca del plan de manejo y seguimiento e informe al personal comunitario.

Art. 75.- En caso que la referencia se origina por un examen de laboratorio o gabinete, debe realizarse el examen con el nombre del usuario, en el retorno se debe consignar la interpretación del resultado del examen y en caso necesario el plan de manejo. La copia se debe archivar en el servicio donde fue prestado como evidencia de la actividad realizada.

Del registro.

Art. 76.- El personal de enfermería de cada establecimiento es el responsable del llenado de libro de referencia, que debe contener datos de acuerdo al formato que para ello se establezca.

En caso de defunción.

Art. 77.- En caso que el paciente fallezca, durante el tratamiento en el establecimiento donde se refirió, no es necesario el retorno, sin embargo se debe informar al establecimiento que lo refirió.

Defunción durante el traslado.

Art. 78.- Todo paciente que sea referido a un hospital y que fallezca durante el traslado, debe ser retornado al establecimiento que originó la referencia para los trámites correspondientes.

De la monitorización, evaluación y supervisión.

Art. 79.- Toda persona referida debe ser monitorizada por lo menos una vez por la persona que lo refirió, para verificar la atención que recibió.

Art. 80.- Cada Comité de referencia, retorno e interconsulta debe realizar monitorizar, supervisar y evaluar el proceso sistemáticamente y remitir el informe a la jefatura inmediata superior, para la retroalimentación respectiva al proceso.

CAPÍTULO VIII**PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD EN LAS RIISS.**

Art. 81.- Se deben garantizar amplios espacios de participación social en salud, que vayan desde la planificación, control y evaluación de las Políticas públicas que se implementen, hasta el funcionamiento de los servicios de salud.

Art. 82.- Los miembros del Foro Nacional de Salud, en adelante FNS, o representantes de la comunidad organizada, tendrán siempre un espacio para la participación en las reuniones de los Consejos de Gestión de las RIISS, ya sea en la Microred, Red Departamental, Regional o Nacional, en dependencia del caso.

Art. 83.- Los primeros puntos de la agenda de las reuniones donde participen organizaciones de la participación social en salud o el FNS, deben ser destinados a analizar la problemática que ellos presenten, posteriormente su permanencia en el resto de la reunión es opcional.

La frecuencia de las reuniones relacionadas, así como su metodología y reglas de funcionamiento, entre otros, serán determinados en los instrumentos técnicos jurídicos que al respecto emita el Ministerio de Salud.

CAPÍTULO IX

DEL SISTEMA DE CALIDAD EN LAS RIISS

Art. 84.- El Sistema de calidad en las RIISS está determinado por estructuras, procesos, resultados, morbilidad y factores de riesgo, y Recursos Humanos, para lo cual se deben elaborar los indicadores correspondientes, a través de los instrumentos técnicos jurídicos pertinentes.

Art. 85.- Los procesos de evaluación deben de partir del análisis de los indicadores en cada área de responsabilidad según corresponda a cada establecimiento de salud o nivel de gestión.

Art. 86.- Los procesos de funcionamiento en RIISS deben de ser sistematizados para el estudio operativo de buenas prácticas, que permita fundamentar el trabajo basado en la promoción de la calidad.

Art. 87.- Se debe promover por parte de los coordinadores (as) de los Comités de Gestión, el intercambio de conocimiento a partir de las experiencias resultantes de la implementación del funcionamiento en RIISS, tanto de las buenas prácticas o experiencias exitosas, tanto a nivel nacional como internacional.

CAPÍTULO X

DISPOSICIONES FINALES

Sanciones.

Art. 88.- El incumplimiento de lo establecido en la presente Norma será sancionado de conformidad a lo establecido en el Código de Salud y demás legislación pertinente.

De lo no previsto.

Art. 89.- Todo lo que no esté previsto por la presente Norma, se resolverá a petición de parte, por medio de escrito dirigido al Titular de esta Cartera de Estado, fundamentando la razón de lo no previsto, técnica y jurídicamente y emitiendo la adenda correspondiente.

De los instrumentos técnicos jurídicos.

Art. 90.- El Ministerio emitirá o adecuará los instrumentos técnicos jurídicos necesarios para la aplicación y ejecución del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, a partir de metodología de elaboración participativa, donde los referentes de la participación social en salud deben de incluirse en las diferentes etapas de la elaboración, que incluye la planificación, consulta e implementación.

Revisión y actualización.

Art. 91.- La presente Norma será revisada y actualizada cuando sea necesario, en razón a los cambios en el Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, y en el funcionamiento o estructura de las RIISS.

Derogatoria.

Art. 92.- Déjase sin efecto el siguiente instrumento técnico jurídico siguiente: la Norma técnica para la operativización del modelo de atención integral con enfoque de salud familiar, Resolución Ministerial 215, del nueve de septiembre de dos mil ocho.

Vigencia.

Art. 93.- La presente Norma entrará en vigencia el día de su publicación en el Diario Oficial.

COMUNÍQUESE.

DRA. MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ,
MINISTRA DE SALUD.