UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA
SEDE QUITO-CAMPUS SUR

CARRERA DE INGENIERIA EN GERENCIA Y LIDERAZGO

TEMA:

VALORACIÓN DEL PROCESO DE PRESTACIÓN EXTERNA DE LA SUBDIRECCIÓN DE SALUD I.E.S.S. DE QUITO, PROVINCIA PICHINCHA.

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE INGENIERO EN GERENCIA Y LIDERAZGO

AUTOR:

ANA MARÍA CASTILLO QUIZHPE

DIRECTOR: ING. GERMAN FERNANDO BELTRAN ROMERO

QUITO, DICIEMBRE 2011

DECLARACIÓN

Yo:

ANA MARÍA CASTILLO QUIZHPE, declaro que el presente proyecto descrito es de mi propia autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; por tanto se ha investigado, analizado para el desarrollo del mismo y consultado las referencias bibliográficas que se incluye en este documente.

La Universidad Politécnica Salesiana, puede hacer uso exclusivo de los derechos correspondientes a este trabajo, según lo establecido en la Ley de Propiedad Intelectual, por su Reglamento y por la normativa vigente.

Ana María Castillo Quizhpe

CERTIFICACIÓN

Certifico que el presente trabajo fue desarrollado en su totalidad, por la Señorita Ana María Castillo Quizhpe, bajo mi dirección y supervisión.

Ing. Germán Fernando Beltrán Romero

DIRECTOR DE TESIS

AGRADECIMIENTO

Para la construcción de una gran muralla se requiere simientes sólidos, por tanto quiero agradecer a mi Madrecita querida Imelda, por haberme ofrecido ese apoyo incondicional, por haberme inculcado el amor a Dios pues él ha venido a ser la dulzura de mi vida, la felicidad que jamás termina.

A San Juan Bosco fundador de mi querida Universidad Politécnica Salesiana, Carrera de Ingeniería en Gerencia y Liderazgo, por brindarme sus sabias enseñanzas y prepararme para enfrentar los retos de la vida profesional.

Agradezco al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, a su representante la Subdirectora Provincial de Salud, Pichincha Dra. Nilda Villacrés Avilés por haber permitido la realización de este proyecto, por la confianza depositada en mi persona.

A mi Tutor de Tesis Ing. Fernando Beltrán por su generosidad al facilitarme la oportunidad de recurrir a su capacidad, como excelente profesional.

A la Dra. Jenny Escobar por su gran apoyo, su confianza, afecto y amistad, en la facilitación de la información.

DEDICATORIA

La presente tesis ha pasado a formar una de las experiencias más enriquecedoras de mi vida profesional, por este motivo va dedicado a mi querido Padre Jorge Ramón Castillo, que desde niña deseo lo mejor para mi vida, aunque nos separe la distancia tu estas presente en mi corazón, a mi Madre y a mi querido hermano Fernando con todo el cariño para ustedes.

RESUMEN EJECUTIVO

El presente trabajo tiene como objetivo realizar una minuciosa Valoración del Proceso de Prestación Externa de la Subdirección de Salud del I.E.S.S. de Quito; para esto, deberemos conocer, entender a tal Institución.

Para el desarrollo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, la Superintendencia de Bancos y Seguros dentro de su misión, tiene como uno de sus principios: "Consolidar un sistema de seguridad social y de ahorro provisional que garantice el bienestar de los asegurados."

El I.E.S.S. es una entidad pública descentralizada, creada por la Constitución Política de la República, dotada de autonomía normativa, técnica, administrativa, financiera y presupuestaria, con personería jurídica y patrimonio propio; que tiene por objeto indelegable la prestación del Seguro General Obligatorio en todo el territorio nacional, siendo la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar el órgano ejecutivo encargado de otorgar los servicios de salud a los afiliados y jubilados, a través de la compra de estos servicios a las unidades médicas del IESS y otros prestadores públicos y privados debidamente acreditados.

En los últimos años, el aumento de las medianas y pequeñas empresas impulsaron el incremento de afiliaciones al Seguro Social. En los últimos dos años, el Seguro Social obtuvo 300.000 nuevos afiliados, pues se integraron las empleadas domésticas, los pequeños artesanos y comerciantes; lo cual ha provocado un aumento notable del volumen de asegurados y del descontento de los afiliados; que a pesar de los esfuerzos

de las autoridades y de la construcción de nuevas instalaciones, se ha tornado difícil ofrecer una atención eficiente a todos los asegurados.

A nivel provincial, en Pichincha, existe una gran demanda por parte de los afiliados, por ello se realizan convenios con prestadores externos tanto a nivel local, regional y nacional.

Las Unidades Médicas Internas podrán solicitar autorización para que se realicen procedimientos de salud en los Prestadores Externos cuando su capacidad resolutiva no le permita atender el requerimiento como puede ser el caso: larga lista de espera, equipos dañados o en mal estado o sin insumos, nivel de complejidad, otros.

La alta demanda de atención médica por parte de los afiliados y beneficiarios del IESS se pretende cubrir con la incorporación de prestadores externos a la Red del Seguro General de Salud Individual y Familiar.

La red externa de prestadores médicos, opera desde el 2003. Son 277 unidades ambulatorias, de hospitalización, de diagnóstico y profesionales que ponen sus consultorios privados al servicio de los afiliados.

Las cuantificaciones a fortalecer en el proceso son las siguientes:

- La acumulación del trabajo en el área es cada vez mayor, los retrasos de tiempos para el cumplimiento de las actividades es el resultado de no tener una estandarización en cada subproceso, para que cada área cumpla con su objetivo.
- La falta de planificación y coordinación del área es el resultado del retraso en los procesos para proceder al pago a los prestadores externos, ya que los trámites

que ingresan cada quince días, se los liquida a los tres meses posteriores; pero por lo general, esto ocurre a los seis meses debido a que han aumentado los prestadores externos y los trámites por liquidar son cada vez mayores.

Estas novedades han provocado que el proceso de pago a prestadores externos no fluya adecuadamente y en muchos casos se requiera de varios días para que se complete el proceso, causando un malestar general, lo cual ha generado un sin número de reclamos

La reingeniería para el proceso establecido facilita la factibilidad de un óptimo desarrollo de la Seguridad Social. Es necearía la reestructuración de cada uno de los procesos que involucra este desarrollo, para esto se analizó el tiempo agregado tanto al cliente como a la empresa, en este caso al I.E.S.S. para lograr un mejoramiento continuo llegando al cumplimiento de los objetivos planteados.

TEMA

DECLARACIÓN 1

CERTIFICACIÓN 2

AGRADECIMIENTO.....3

DEDICATORIA.....4

RESUMEN EJECUTIVO 5

INDICE GENERAL

CAPITULO 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 16

1.1 Antecedentes 16

1.2 Contextualización 18

1.2.1 Macro 18

1.2.2 Meso 18

1.2.3 Micro 18

1.3 Formulación Del Problema 18

1.4 Sistematización Del Problema 19

1.5 Objetivos De La Investigación 19

1.5.1 Generales 19

1.5.2 Específicos 19

1.6 Justificación 20

1.7 Alcance 23

CAPITULO 2: MARCO TEÓRICO 24

2.1 Evaluación De Procesos 24

2.1.1 Proceso 24

2.1.2 Procesos Administrativos 27

2.1.3 Procesos Operativos 32

2.1.4 Validación De Procesos 32

2.2 Instituto Ecuatoriano De Seguridad Social 35

2.2.1 Antecedentes 36

2.2.2 Estructura 42

2.2.3 Organigrama 43

2.2.4 Servicios 47

2.2.5 Acceso A La Atención De Salud 52
2.2.6 Tasas De Aportación 53
2.2.7 Cobertura 58
2.2.8 Empleadores 59
2.2.9 Afiliados 62
2.2.10 Normas Y Reglamentos 64
2.3 Prestadores Externos 65
2.3.1 Referencia Médica 68
2.3.2 Contra Referencia 69
2.3.3 Políticas De Funcionamiento De Los Prestadores Externos 70
2.3.4 Detalle De Proveedores Externos 73
2.3.5 El Procedimiento Que Siguen Los Asegurados Para La Atencion Medica ...80
2.3.6 Reglamento Para El Pago Por Servicios De Salud En Casos De Emergencia Concedidos Por Prestadores Externos A Los Asegurados Del Iess 88
2.3.7 Normas Técnicas Y Criterios Para La Calificación Del Nivel De Complejidad En Las Unidades Médicas Del Iess Y Demás Prestadores De La Salud.93
2.3.8 Introducción Al Rocedimiento De Pago A Prestadores Externos 100
2.4 Marco Legal 111
2.4.1 Comentario 100
2.5 Hipótesis 116
2.5.1 Hipótesis General 116
2.5.2 Variables De Investigación 116
2.5.3 Medición De Variables 117
2.5.4 Tratamiento Y Análisis 117
CAPITULO 3: MARCO METODOLÓGICO 118
3.1 Metodología 118

3.1.1. De Observación, De Campo, Documental 118
3.1.2. Investigación Explorativa....119
3.1.3. Investigación Descriptiva....119
3.1.4. Investigación Explicativa....120
3.2 Poblacion Y Muestra....120
3.2.1 Población....120
3.2.2 Muestra....121
3.3 Técnica Para Investigación....122
CAPITULO 4: VALORACIÓN DEL PROCESO PAGO A PRESTADORES EXTERNOS DE LA SUBDIRECCIÓN DE SALUD IESS....118
4.1 Introduccion 118
4.2 Proceso: Recepción De La Documentación De Los Prestadores Externos De Saludntroduccion 123
4.2.1. Contabilización de los expedientes....123
4.2.2. Entrega de formato....124
4.2.3. Asignación Del Numero De Trámite 125
4.2.4. Constancia De Recepción 128
4.2.5. Almacenamiento De La Información 131
4.3 Proceso: Entrega De Facturas Según Acuerdo 131
4.3.1. Documentación Requerida Para Facturar 138
4.3.2. Proceso Para Acreditación Según Porcentaje De Acuerdo 138
4.4 Proceso: Evaluación De La Documentación Ingresa 141
4.4.1. Documentos Requeridos Según Tipo De Beneficiario 141
4.4.2. Verificación De La Documentación 118
4.4.3. Documentación Faltante 148
4.4.4. Entrega De Documentación A Evaluación Médica 149

4.4.5. Entrega Del Documento De Recepción De Evaluación Médica A La Coordinadora De Evaluacion De Documentos 150

4.5. Proceso: Evaluación Médica 151

4.5.1. Asignación De Los Trámites Por La Coordinadora De Evaluación Médica 152

4.5.2. Entreaga De Documentación De Evaluación Médica Al Área De Liquidación 1118

4.6. Proceso: Área De Liquidación 153

4.6.1. Registra Los Trámites, Coordinadora De Liquidación 154

4.6.2. Asignación Del Tramite, Coordinadora De Liquidación 154

4.6.3. Liquidación Del Trámite 154

4.7. Diagramas De Analisis De Las Actividades A Ser Realizadas 1118

4.7.1. Recepción De Documentación Ambulatorio 1118

4.7.2. Recepción De Documentación Hospitalario 160

4.7.3. Evaluación De La Documentación 161

4.7.4. Pertinencia Médica 162

4.7.5. Liquidación De Tramites 163

4.7.6. Diagrama De Flujo 163

4.7.6.1. Drecepción De Documentación Ambulatorio 163

4.7.6.2. Recepción De Documetnación Hospitalario 165

4.7.6.3. Evaluación De Documentos 167

CAPITULO 5: REINGENIERÍA TÉCNICO ADMINISTRATIVO.....169

5.1 Analisis Institucional Y Organizacional.....169

5.2 Objetivos Generales De La Reingeniería.....169

5.3 Proceso De Planificación Estrategica.....170

5.3.1 Departamento De Evaluación De Documentos.....170

5.3.1.1 Plan Operativo Vs Estrategia 170

5.3.1.2 Estructura Organizacional 172
5.3.2 Evaluación Médica 172
5.3.2.1 Plan Operativo Vs Estrategia 172
5.3.2.2 Estructura Organizacional 175
5.3.3 Liquidación Finaciera 176
5.3.3.1 Plan Operativo Vs Estrategia 176
5.3.3.2 Estructura Organizacional 176
CAPITULO 6: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 177
6.1 Conclusiones 178
5.2 Recomendaciones 179

GLOSARIO DE TÉRMINOS 180
SIGLAS 184
ANEXOS 185
ANEXO 1: LISTA DE DAÑOS SEGÚN PRIORIDAD - NIVEL 1 185
ANEXO 2: LISTA DE DAÑOS SEGUN PRIORIDAD - NIVEL 2 189
ANEXO 3: Formato de Encuesta 193

BIBLIOGRAFÍA 199

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico No. 1: Proceso Administrativo.....30
Gráfico No. 2: Fases del Proceso Administrativo.....31
Gráfico No. 3: Organigrama del IESS 44
Gráfico No. 4: Solicitud de Factura 126
Gráfico No. 5: SOAM / Asignación de Numero de Trámite 128
Gráfico No. 6: SOAM / Almacenamiento del archivo plano 129
Gráfico No. 7: Bitácora / Evaluación de Documentos 131
Gráfico No. 8: Formato de Consulta Externa 145
Gráfico No. 9: Formato de Pedido de Imagen 146
Gráfico No. 10: Formato de Pedido de Laboraorio 147
Gráfico No. 11: Bitácora /Coordinación de Evaluación Médica 152
Gráfico No. 12:Bitácora /Coordinación de Evaluación de Documentos 153
Gráfico No. 13:Estructura Organizacional de Evaluación de Documentos 174
Gráfico No. 14:Estructura Organizacional de Evaluación de Médica 175
Gráfico No. 15:Estructura Organizacional de Liquidación Financiera 176

INDICE DE TABLAS

Tabla No. 1: Tasa de aportación – trabajadores privados con relación de dependencia..... 54
Tabla No. 2: Tasa de aportación – empleos bancarios, municipales… 54
Tabla No. 3: Tasa de aportación – servidores públicos 55
Tabla No. 4: Tasa de aportación – funcionarios del servicio exterior 55
Tabla No. 5: Tasa de aportación – trabajadores temporales 56
Tabla No. 6: Tasa de aportación – magisterio nacional..... 56
Tabla No. 7: Tasa de aportación – trabajadores con seguro adicional..... 57
Tabla No. 8: Tasa de aportación – cortadores de caña temporales 57
Tabla No. 9: Tasa de aportación – trabajadores autónomos sin voluntarios..... 58
Tabla No. 10: Tasa de aportación – jubilados y pensionistas 58
Tabla No. 11: Procedimiento para el pago a Prestadores Externos 100
Tabla No. 12: Criterios según tipo de afiliación 101
Tabla No. 13: Criterios según tipo de especialidad 102
Tabla No. 14: Tipos de atención 102
Tabla No. 15: Medición de variables 117
Tabla No. 16: Formato para entrega de facturas 127
Tabla No. 17: Formato de Recepción de Documentación 132
Tabla No. 18: Formato de Verificación de Documentos 149
Tabla No. 19: Formato de Entrega a Evaluación Médica 151
Tabla No. 20: Formato de Entrega a Liquidación 155
Tabla No. 21: Formato de Conciliación y Cierre de Trámites 158
Tabla No. 22: Formato para Liquidación de Trámites 159

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Antecedentes

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) es el organismo ecuatoriano encargado de brindar la seguridad social, con sede principal en la ciudad de Quito y agencias en casi todas las capitales de provincia. Su funcionamiento se fundamenta en los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiariedad y suficiencia.

Entre algunas de sus importantes funciones se pueden encontrar:

- Cobertura médica a sus afiliados para lo cual cuenta con hospitales en varias ciudades.
- Otorgar préstamos hipotecarios y quirografarios.
- Proveer de pensiones de jubilación a los trabajadores.

La inestabilidad que el país ha enfrentado en los últimos años ha provocado que las nuevas generaciones poblacionales se resistan a aportar al IESS, al margen de toda y cualquier obligación legal, la cual es violentada en la práctica. En 1982, el 22% de la población económicamente activa de entre 25 a 29 años aportaba al IESS; para 1998,

este porcentaje no alcanzó ni el 18%. Esto significa que mientras en el país crece la proporción de habitantes jóvenes, la población afiliada al IESS se torna más vieja. Son, entonces, los más viejos quienes financian en mayor grado el régimen de prestación público.

En el último año, los controles oficiales y el aumento en el número de medianas y pequeñas empresas impulsaron el incremento de afiliaciones al Seguro Social. En los últimos dos años el Seguro Social obtuvo 300.000 nuevos afiliados, pues se integraron las empleadas domésticas, los pequeños artesanos y comerciantes; lo cual ha provocado un aumento notable del volumen de asegurados y del descontento de los afiliados; que a pesar de los esfuerzos de las autoridades y de la construcción de nuevas instalaciones, se ha tornado difícil ofrecer una atención eficiente a todos los asegurados.

Las Instituciones de Salud con que cuenta el IESS no tienen la capacidad suficiente para cubrir a los asegurados, ya que para acceder a una consulta o inclusive para vacunar a un infante se requiere de una espera muchas veces interminable.

Por estos inconvenientes y por las proyecciones que se tienen en el aumento de afiliados se ha visto la necesidad de realizar una reforma que oriente a la seguridad social hacia la universalidad, solidaridad y eficiencia.

El problema se formula de acuerdo a la siguiente pregunta:

¿El proceso de pago a prestadores externos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, está funcionando adecuadamente?

1.2 Contextualización

1.2.1 Macro

La seguridad social en el mundo y en el Ecuador juega un papel muy importante en el desarrollo de las sociedades, ya que su fin es garantizar y asegurar protección y cuidado a la salud de todas las personas.

Uno de los inconvenientes que afronta el Ecuador es una inadecuada seguridad social, pues resulta en muchos casos imposible poder acceder a una atención médica debido a la gran cantidad de afiliados.

1.2.2 Meso

A nivel provincial, en Pichincha la seguridad social tiene gran demanda debido a la gran cantidad de afiliados existente, tanto dependientes como independientes, debido al gran número de empresas pequeñas, medianas y grandes.

1.2.3 Micro

En la ciudad de Quito, existe una gran demanda por parte de los afiliados, lo cual ha causado que el servicio de salud se vuelva inaccesible y por ello se realicen convenios con prestadores externos tanto a nivel local, regional y nacional.

1.3 Formulación del problema

¿El proceso de pago a prestadores externos está funcionando eficientemente y no está causando inconvenientes en los prestadores?

1.4 Sistematización del problema

- ¿De qué forma los aspectos externos y el inadecuado manejo de los procesos afectan al desempeño del proceso de pago a prestadores externos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social?
- ¿En qué medida el proceso de pago a prestadores externos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, está funcionando adecuadamente?
- ¿Todos los prestadores externos tienen inconvenientes en su proceso de pago con el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social?

1.5 Objetivos de la investigación

1.5.1 Generales

Realizar un análisis del proceso de pago a prestadores externos calificados con el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS).

1.5.2 Específicos

- Analizar el proceso de pago a prestadores externos calificados con el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS).

- Determinar los problemas existentes en el proceso de pago a prestadores externos calificados con el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)
- Definir soluciones que permitan agilitar y mejorar el proceso de de pago a prestadores externos calificados con el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS).

1.6 Justificación

Los organismos directivos del IESS, se han preocupado por ofrecer un mecanismo mucho más ágil y práctico para las citas. Este mecanismo comienza por la "calificación" de los consultorios de médicos especialistas", que se podrían calificar como "prestadores médicos", como se hizo ya con 293 clínicas que se han unido a la prestación médica.
Se aspira a que con esto los afiliados, y los ciudadanos en general, tengan acceso a los médicos más cercanos a su domicilio, para que sea más eficiente el servicio y sus peticiones tengan una tramitación más ágil, tomando en cuenta el incremento impresionante de solicitudes, que se mide solo considerando que las historias clínicas en el IESS, han pasado de 270.000 a 1'300.000. Seis o más veces de lo que sucedía hace muy poco tiempo.

Hay que sumar a esta demanda el hecho de que toda la capacidad hospitalaria y de centros de salud públicos y privados, se están integrando a un sistema nacional, lo cual favorece el cumplimiento de las perspectivas de que la salud sea gratuita para todos los ciudadanos.

Esta explosión en la demanda ha tratado de ser subsanada con la suscripción de nuevos convenios entre el IESS y prestadores de salud privados, así como con el mejoramiento y construcción de unidades médicas. Pero la demanda aún sobrepasa la oferta.

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social realizó convenios con clínicas privadas, fundaciones, laboratorios, consultorios y centros de diálisis; a esta red de instituciones se la llamó red externa de prestadores médicos del IESS; la cual incluye aproximadamente 201 unidades ambulatorias, de hospitalización, de diagnóstico y profesionales que ponen sus consultorios privados al servicio de los afiliados.

Los convenios del IESS con los prestadores externos representaron en el 2010 una inversión de 187´299.938 dólares. Dichos prestadores están en las áreas geográficas donde existe la mayor demanda y es accesible para los afiliados, el pago se basa en un tarifario, aprobado en septiembre del 2010. Los costos van desde $3,55 por una consulta preventiva inicial hasta 17.050 por un trasplante renal, depende del nivel que ha sido calificado por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social tal prestador, se tiene desde el primer hasta el tercer nivel. La mayor parte de servicios externos son ambulatorios o de primer nivel. El objetivo del Seguro es educar a la población para que la mayor parte de problemas se resuelvan en los centros de salud.

Uno de los mayores inconvenientes encontrados es que de las 201 unidades externas con las que cuenta el IESS, solo 18 están disponibles para que el “Call Center” otorgue consultas médicas. El resto de prestadores externos recibe a los afiliados por derivación directa del mismo Seguro (hospitalización, principalmente).

Las entidades que constan en el 'Call Center' ofrecen, sobre todo, citas para medicina general y de acuerdo a su disponibilidad con los especialistas.

En el proceso de manejo de los prestadores externos la subdirección de Salud desarrolló el proceso de Pago a Prestadores Externos que involucra a todas las clínicas y hospitales que firmaron un acuerdo con el IESS.

De acuerdo a un análisis realizado por la Subdirección del IESS se encontraron las siguientes novedades:

- La acumulación del trabajo en el área es cada vez mayor, los retrasos de tiempos para el cumplimiento de las actividades, es el resultado de no tener una estandarización en cada subproceso, para que cada tarea cumpla con su objetivo.
- La falta de planificación y coordinación del área es el resultado del retraso en los procesos para proceder al pago a los prestadores externos, ya que los trámites que ingresan cada quince días, se los liquida a los tres meses posteriores; pero por lo general esto ocurre a los seis meses debido a que han aumentado los prestadores externos y los trámites por liquidar son cada vez mayores.

Estas novedades han provocado que el proceso de pago a prestadores externos no fluya adecuadamente y en muchos casos se requiera de varios días para que se complete el proceso, causando un malestar general, lo cual ha generado un sin número de reclamos.

1.7 Alcance

El presente proyecto realizará la validación del proceso de pago a prestadores externos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, tomando como base cinco prestadores externos debidamente calificados y que trabajan en la ciudad de Quito.

La validación permitirá realizar un análisis que ayude a detectar los posibles cuellos de botella del proceso, para solucionarlos total o parcialmente y mejorar el proceso en general.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Evaluación de procesos

El objetivo primordial de la evaluación inicial de procesos es establecer de una manera clara y cuantitativa el nivel actual de evolución y funcionamiento del proceso a evaluar. Por tal motivo, es posible encontrar, en algunas ocasiones, calificaciones bajas, pero que realmente reflejan el potencial de desarrollo actual del proceso y es precisamente de esta manera como debe ser concebida y no como un calificativo de gestión que busque detectar los problemas presentes, sino por el contrario, las oportunidades de mejora.

2.1.1 Proceso

Un proceso es un conjunto de actividades o eventos (coordinados u organizados) que se realizan o suceden (alternativa o simultáneamente) bajo ciertas circunstancias con un fin determinado.

Un proceso es una sucesión de tareas, que tienen como origen unas entradas y como fin unas salidas. El objetivo del proceso es aportar valor en cada etapa.

El análisis de un proceso puede dar lugar a acciones de rediseño para incrementar la eficacia, reducir costes, mejorar la calidad y acortar los tiempos reduciendo los plazos de producción y entrega del producto o servicio.

Un proceso puede ser realizado por una sola persona, o dentro de un mismo departamento. Sin embargo, los más complejos fluyen en la organización a través de diferentes áreas funcionales y departamentos, que se implican en aquél en mayor o menor medida. El hecho de que en un proceso intervengan distintos departamentos dificulta su control y gestión, diluyendo la responsabilidad que esos departamentos tienen sobre el mismo.

Es decir que, cada área se responsabilizará del conjunto de actividades que desarrolla, pero la responsabilidad y compromiso con la totalidad del proceso tenderá a no ser tomada por nadie en concreto.

Los elementos de los procesos son:

a) Entradas:

   Con características definidas previamente que permiten aceptarlas o rechazarlas.

b) Salidas:

   Es el Producto o Servicio destinado al cliente interno/externo. Es habitual que la salida de un proceso sea la entrada del siguiente (Interacción de procesos), si la entrada del siguiente proceso no cumple con la calidad esperada es seguro que la salida tampoco, provocando una cadena que desemboca en el cliente final.

c) Recursos o factores del proceso:

- Personas: Quién lo hace. Tanto el concepto físico como el de competencias, habilidades necesarias, formación requerida, etc.
- Materiales: Con qué lo hace. En término de materias primas o semielaboradas. No únicamente incluye los materiales físicos.
- Infraestructura: Con qué herramientas, instalaciones, maquinaria, hardware, software se cuenta.
- Método: Quién hace qué, cómo lo hace y cuando lo hace.

d) Sistema de control:

Formado por los indicadores, sus objetivos y los cuadros de mando resultantes para la toma de decisiones.

Es fundamental para evaluar la marcha del proceso, corregir deficiencias y mejorar continuamente.

A continuación se describen algunos tipos de procesos:

- Procesos de Gestión:

Son los procesos estratégicos de la organización. También son denominados procesos de liderazgo o de staff. Establecen las bases para el correcto funcionamiento y control de la organización, proveen de información al resto de los procesos para elaborar planes de mejora.

Ejemplos de procesos de gestión pueden ser, la gestión por procesos, la mejora continua, la satisfacción del cliente, los procesos de medición de la salud del sistema de gestión, los objetivos y políticas globales de la organización.

- Procesos operativos:

  Transforman los recursos en el producto/servicio aportándoles valor, es decir, conforme a los requisitos del cliente tanto interno como externo.

  Son la razón de ser de la organización, sin los cuales esta no tendría sentido. Son los responsables de lograr los objetivos de la empresa. Ejemplos de procesos operativos pueden ser, el proceso productivo, el proceso logístico, el proceso de compras, el proceso de ventas.

- Procesos de apoyo:

  Proporcionan los recursos al resto de procesos según los requisitos de estos.

  Ejemplos de procesos de apoyo pueden ser, la gestión financiera, mantenimiento de infraestructuras, gestión de proveedores, la política de formación, la gestión de personal.

2.1.2 Procesos administrativos

La administración comprende varias fases, etapas o funciones, cuyo conocimiento exhaustivo es indispensable a fin de aplicar el método, los principios y las técnicas de esta disciplina, correctamente.

En su concepción más sencilla se puede definir el proceso administrativo como la administración en acción, o también como:

El conjunto de fases o etapas sucesivas a través de las cuales se efectúa la administración, mismas que se interrelacionan y forman un proceso integral.

Cuando se administra cualquier empresa, existen dos fases: una estructural, en la que a partir de uno o más fines se determina la mejor forma de obtenerlos, y otra operativa, en la que se ejecutan todas las actividades necesarias para lograr lo establecido durante el periodo de estructuración. A estas dos fases se les llama: mecánica y dinámica de la administración.

La administración posee ciertas características:

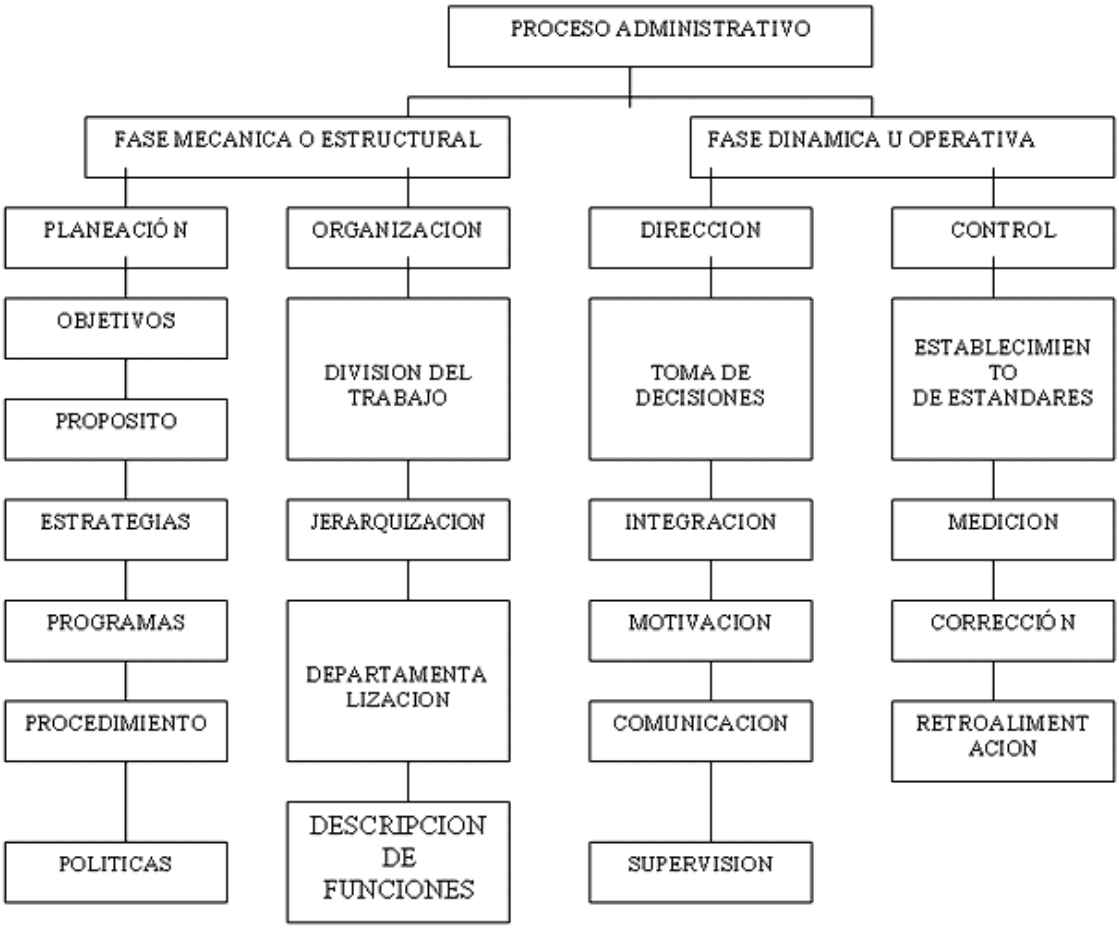
- **Universalidad.** Existe en cualquier grupo social y es susceptible de aplicarse lo mismo en una empresa industrial que: en el ejército, en un hospital, en un evento deportivo, etc.
- **Valor instrumental.** Dado que su finalidad es eminentemente práctica, la administración resulta ser un medio para lograr un fin y no un fin en sí misma: mediante ésta se busca obtener determinados resultados.
- **Unidad temporal.** Aunque para fines didácticos se distingan diversas fases y etapas en el proceso administrativo, esto no significa que existan aisladamente. La administración es un proceso dinámico en el que todas sus partes existen simultáneamente.
- **Amplitud del ejercicio.** Se aplica en todos los niveles o subsistemas de una organización formal.

- **Especificidad.** Aunque la administración se auxilie de otras ciencias y técnicas, tiene características propias que le proporcionan su carácter específico. Es decir, no puede confundirse con otras disciplinas afines como en ocasiones ha sucedido con la contabilidad o la ingeniería industrial.
- **Interdisciplinariedad.** La administración es afín a todas aquellas ciencias y técnicas relacionadas con la eficiencia en el trabajo.
- **Flexibilidad.** Los principios administrativos se adaptan a las necesidades propias de cada grupo social en donde se aplican. La rigidez en la administración es inoperante.

La importancia de los procesos administrativos es:

- Con la universalidad de la administración se demuestra que ésta es imprescindible para el adecuado funcionamiento de cualquier organismo social aunque, lógicamente, sea más necesaria en los grupos más grandes.
- Simplifica el trabajo al establecer principios, métodos y procedimientos, para lograr mayor rapidez y efectividad.
- La productividad y eficiencia de cualquier empresa están en relación directa con la aplicación de una buena administración.
- A través de sus principios la administración contribuye al bienestar de la comunidad, ya que proporciona lineamientos para optimizar el aprovechamiento de los recursos, para mejorar las relacione humanas y generar empleos, todo lo cual tiene múltiples connotaciones en diversas actividades del hombre.

Gráfico No. 1
Proceso Administrativo



Fuente: Investigación Propia
Elaborado: Ana María Castillo

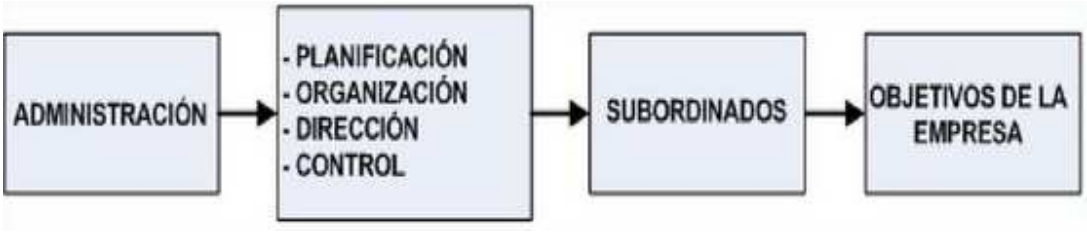
La administración es el proceso de planificar, organizar, dirigir y controlar las actividades de los miembros de la organización y el empleo de todos los demás recursos organizacionales, con el propósito de alcanzar las metas establecidas para la organización.

Un proceso es una forma sistemática de hacer las cosas. Se habla de la administración como un proceso para subrayar el hecho de que todos los gerentes, sean cuales fueran sus aptitudes o habilidades personales, desempeñan ciertas actividades interrelacionadas con el propósito de alcanzar las metas que desean.

Las fases del proceso administrativo son:

- Planeación: Es darle una estructura o forma a una idea o proyecto. Lo que va a permitir alcanzar el objetivo y las metas que se quiere lograr.
- Organización: Establecer el proyecto asignando tareas, sujetándolo a reglas, orden, armonía y dependencia de las partes.
- Dirección: Llevar correctamente el proyecto hacia un objetivo determinado, o sea, encaminar la intención y obras a un determinado objetivo.
- Control: Verificar que el proyecto este avanzando hacia el objetivo moviéndose dentro de los límites marcados, utilizando para ello mediciones numéricas.

Grafico No. 2
Fases del Proceso Administrativo



Fuente: Administración de Procesos
Elaborado: Ana María Castillo

2.1.3 Procesos Operativos

[1]Un proceso operativo es una secuencia de actividades sobre un producto que tiene un valor intrínseco para un cliente, ya sea externo o interno.

Por lo tanto, cualquier estrategia de calidad total tiene que permitir la gestión de toda la cadena de procesos que se inicia en el proveedor externo y que lleva a la entrega del producto o servicio al cliente final.

Así, utilizando como punto de partida las expectativas del cliente externo, a través de sucesivas cadenas "cliente interno/proveedor interno", hasta llegar al proveedor externo, se van desplegando todas las necesidades y expectativas dentro de las diferentes áreas.

2.1.4 Validación de Procesos

Validación significa establecer evidencia documentada que proporciona un alto grado de aseguramiento de que un proceso específico producirá consistentemente un producto que cumpla con sus especificaciones y atributos de calidad predeterminados.

La validación de procesos es establecer por medio de evidencia objetiva que un proceso produce de manera consistente un resultado o que un producto cumple con los requerimientos predeterminados.

En la validación de procesos se utiliza un Protocolo de validación de proceso que es un documento que indica cómo se realizará la validación, incluyendo parámetros de prueba,

[1] http://www.centrosdeexcelencia.com/dotnetnuke/

características de producto, equipo de fabricación, y puntos de decisión en lo que constituye un resultado de prueba aceptable.

Rediseñar un proceso es hacerlo más eficiente y eficaz. Es conseguir que rinda en un grado superior al que tenía anteriormente, y ello gracias a una acción sistemática sobre el proceso que hará posible que los cambios sean estables.

Se trata de conocer el proceso, sus causas asignables (imputables) de variación, de eliminar actividades sin valor añadido y de aumentar la satisfacción del cliente. El rediseño de procesos incluye una actividad de mejora permanente, ya que al rediseño en sí ha de seguir la aplicación del ciclo PDCA de mejora continua.

Un primer paso, esencial para acometer la mejora de procesos, es contar con el liderazgo de la alta dirección de la organización. Este liderazgo ha de ser asumido decididamente e ir acompañado de un intenso compromiso, mientras que es comunicado explícitamente de manera que se genere un estado de opinión y actitud favorables hacia las actividades de mejora y sus resultados. Igualmente, los líderes deben asegurar que los equipos de mejora tengan a su disposición todos los recursos necesarios y la capacitación precisa para emprender y ultimar su misión.

La mejora de un proceso implica una serie de actividades ordenadas, que constituyen en sí mismas un proceso.

El objetivo de la validación de un proceso es demostrar la capacidad de proporcionar, de forma continuada y reproducible, productos o servicios de acuerdo a unas especificaciones de calidad.

Para ello es imprescindible el conocimiento profundo del proceso, a fin de realizar un análisis de riesgos y detectar los puntos críticos que puedan incidir en la calidad del producto o servicio.

Dado que un proceso es la interacción controlada de componentes, equipos, entorno, procedimientos, software y personal, un requisito previo es la Calificación de las Instalaciones, Equipos y Sistemas informáticos que intervienen en el proceso.

A continuación se enumeran los pasos a seguir para realizar la validación de un proceso:

- Planear el enfoque y definir los requerimientos:

  En esta fase se determina el Plan de Validación Maestro que incluye los procesos que se van a validar, el programa de las validaciones, las interrelaciones entre los procesos que se van a validar y el tiempo que se va a utilizar.

- Desarrollar el protocolo de validación:

  En esta fase se debe identificar los criterios objetivos así como la longitud y duración de la validación.

  También se determinan los recursos que se van a utilizar en la evaluación del proceso para lo cual se debe realizar una explicación completa de lo que contiene el proceso, de tal forma que se pueda determinar en qué condiciones funciona el proceso, en qué casos debe tener un comportamiento distinto, etc.

- Realización de un reporte de pruebas:

  En esta fase se genera un reporte de pruebas, que muestra los resultados y novedades encontradas.

- Presentación de conclusiones y recomendaciones:

  Luego de realizado el reporte de novedades se presentan las conclusiones respectivas y las posibles soluciones en caso de ser el caso.

2.2 Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social es una entidad cuya organización y funcionamiento se fundamenta en los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiariedad y suficiencia. Se encarga de aplicar el Sistema del Seguro General Obligatorio que forma parte del sistema nacional de Seguridad Social.

El IESS es una entidad pública descentralizada, creada por la Constitución Política de la República, dotada de autonomía normativa, técnica, administrativa, financiera y presupuestaria, con personería jurídica y patrimonio propio; que tiene por objeto indelegable la prestación del Seguro General Obligatorio en todo el territorio nacional, siendo la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar el órgano ejecutivo encargado de otorgar los servicios de salud a los afiliados y jubilados, a través de la compra de estos servicios a las unidades médicas del IESS y otros prestadores públicos y privados debidamente acreditados.

El IESS tiene la misión de proteger a la población urbana y rural, con relación de dependencia laboral o sin ella, contra las contingencias de enfermedad, maternidad,

riesgos del trabajo, discapacidad, cesantía, invalidez, vejez y muerte; en los términos que consagra la Ley de Seguridad Social. [2]

El Seguro General de Salud Individual y Familiar está orientado a brindar bienestar a todas y todos los asegurados y beneficiarios, con prestaciones de salud y servicios con calidad y calidez; y a cubrir de manera universal e integral todos los ciclos vitales del ser humano.

2.2.1 Antecedentes

A inicios del siglo XX, el auge de la producción y exportación del cacao, la promoción empresarial de comerciantes y banqueros de la región litoral, la expansión de los servicios públicos modernizantes y el surgimiento de fábricas especialmente en Guayaquil, provocó el nacimiento de los primeros grupos y organizaciones de trabajadores y obreros cuyas exigencias por derechos y garantías laborales fueron generalizándose.

Las duras condiciones de vida y labor a la que estaba sometida la clase trabajadora ecuatoriana fueron la causa para la realización del Primer Congreso Obrero Nacional en el que se demandó una legislación protectora, que contemplaba la regulación de aspectos laborales, como: accidentes de trabajo, salarios, jornada, sindicatos y el establecimiento de casas de retiro para obreros inválidos. Con el transcurso del siglo XX, se desarrolló la

[2] http://www.iess.gob.ec/

influencia europea en el ámbito nacional particularmente en las áreas de Derecho social y en la seguridad social.

El proyecto más antiguo sobre seguridad social en el Ecuador fue el decreto de creación de la "Caja Nacional de Jubilaciones y Pensiones", propuesto en 1917 a la Cámara del Senado, durante el gobierno de Alfredo Baquerizo Moreno (1916-20). Dicha Caja debía servir a funcionarios, empleados y agentes civiles permanentes de la administración; directores, profesores, empleados y personal de instrucción pública con 25 años de servicio y 50 de edad; los jubilados; los magistrados y funcionarios con cargos judiciales con 20 años de servicio; personal de ferrocarriles; y personal de empleados de comercio que quieran acogerse. Pero el proyecto no fue aprobado y el establecimiento de la seguridad social en el Ecuador debió esperar una década más.

- **En 1928: La Caja de Pensiones**

  El gobierno del doctor Isidro Ayora Cueva, mediante Decreto Nº 018, del 8 de marzo de 1928, creó la Caja de Jubilaciones y Montepío Civil, Retiro y Montepío de Militares, Cooperativa de ahorro, que se denominó Caja de Pensiones.

  La Ley consagró a la Caja de Pensiones como una entidad aseguradora tanto para el sector laboral público y privado con patrimonio propio.

Su objetivo era conceder a los empleados públicos, civiles y militares, los beneficios de Jubilación, Montepío Civil y Fondo Mortuorio. En octubre de 1928, estos beneficios se extendieron a los empleados bancarios.

- **En 1935: El Instituto Nacional de Previsión**

En octubre de 1935 mediante Decreto Supremo No. 12 se dictó la Ley del Seguro Social Obligatorio y se crea el Instituto Nacional de Previsión, órgano superior del Seguro Social que comenzó a desarrollar sus actividades el 1º de mayo de 1936. Su finalidad fue establecer la práctica del Seguro Social Obligatorio, fomentar el Seguro Voluntario y ejercer el Patronato del Indio y del Montubio.

En la misma fecha inició su labor el Servicio Médico del Seguro Social como una sección del Instituto.

- **En 1937: La Caja del Seguro Social**

En febrero de 1937 se reformó la Ley del Seguro Social Obligatorio y se incorporó el seguro de enfermedad entre los beneficios para los afiliados. En julio de ese año, se creó el Departamento Médico, por acuerdo del Instituto Nacional de Previsión.

En marzo de ese año, el Ejecutivo aprobó los Estatutos de la Caja del Seguro de Empleados Privados y Obreros, elaborado por el Instituto Nacional de Previsión;

nació así la Caja del Seguro Social, cuyo funcionamiento administrativo comenzó con carácter autónomo desde el 10 de julio de 1937.

- **En 1942: Ley de Seguro Social Obligatorio**

El 14 de julio de 1942, mediante el Decreto No. 1179, se expidió la Ley del Seguro Social Obligatorio. Los Estatutos de la Caja del Seguro se promulgaron en enero de 1944, con lo cual se afianza el sistema del Seguro Social en el país.

En diciembre de 1949, por resolución del Instituto Nacional de Previsión, se dotó de autonomía al Departamento Médico, pero manteniéndose bajo la dirección del Consejo de Administración de la Caja del Seguro, con financiamiento, contabilidad, inversiones y gastos administrativos propios.

Las reformas a la Ley del Seguro Social Obligatorio de julio de 1958 imprimieron equilibrio financiero a la Caja y la ubicaron en nivel de igualdad con la de Pensiones, en lo referente a cuantías de prestaciones y beneficios.

- **En 1963: Fusión de las Cajas - Caja Nacional del Seguro Social**

En septiembre de 1963, mediante el Decreto Supremo No. 517 se fusionó la Caja de Pensiones con la Caja del Seguro para formar la Caja Nacional del Seguro Social. Esta Institución y el Departamento Médico quedaron bajo la supervisión del ex - Instituto Nacional de Previsión.

En 1964 se establecieron el Seguro de Riesgos de Trabajo, el Seguro Artesanal, el Seguro de Profesionales, el Seguro de Trabajadores Domésticos y, en 1966, el Seguro del Clero Secular.

En 1968, estudios realizados con la asistencia de técnicos nacionales y extranjeros, determinaron “la inexcusable necesidad de replantear los principios rectores adoptados treinta años atrás en los campos actuariales, administrativos, prestacionales y de servicio”, lo que se tradujo en la expedición del Código de Seguridad Social , para convertirlo en "instrumento de desarrollo y aplicación del principio de Justicia Social, sustentado en las orientaciones filosóficas universalmente aceptadas en todo régimen de Seguridad Social: el bien común sobre la base de la Solidaridad, la Universalidad y la Obligatoriedad”. El Código de Seguridad Social tuvo corta vigencia.

En agosto de 1968, con el asesoramiento de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social, se inició un plan piloto del Seguro Social Campesino.

El 29 de junio de 1970 se suprimió el Instituto Nacional de Previsión.

- **En 1970: El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social**

Mediante Decreto Supremo Nº 40 del 25 de julio de 1970 y publicado en el Registro Oficial Nº 15 del 10 de julio de 1970 se transformó la Caja Nacional del Seguro Social en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social .

El 20 de noviembre de 1981, por Decreto Legislativo se dictó la Ley de Extensión del Seguro Social Campesino. En 1986 se estableció el Seguro Obligatorio del

Trabajador Agrícola, el Seguro Voluntario y el Fondo de Seguridad Social Marginal a favor de la población con ingresos inferiores al salario mínimo vital.

El Congreso Nacional, en 1987, integró el Consejo Superior en forma tripartita y paritaria, con representación del Ejecutivo, empleadores y asegurados; estableció la obligación de que consten en el Presupuesto General del Estado las partidas correspondientes al pago de las obligaciones del Estado.

En 1991, el Banco Interamericano de Desarrollo, en un informe especial sobre Seguridad Social, propuso la separación de los seguros de salud y de pensiones y el manejo privado de estos fondos.

Los resultados de la Consulta Popular de 1995 negaron la participación del sector privado en el Seguro Social y de cualquier otra institución en la administración de sus recursos.

La Asamblea Nacional, reunida en 1998 para reformar la Constitución Política de la República, consagró la permanencia del IESS como única institución autónoma, responsable de la aplicación del Seguro General Obligatorio.

El IESS, según lo determina la vigente Ley del Seguro Social Obligatorio, se mantiene como entidad autónoma, con personería jurídica, recursos propios y distintos de los del Fisco. El 30 de noviembre del 2001, en el Registro Oficial N° 465 se publica la LEY DE SEGURIDAD SOCIAL, que contiene 308 artículos, 23 disposiciones transitorias, una disposición especial única y una disposición general.

2.2.2 Estructura

Su estructura es la siguiente:

a) **Nivel de gobierno y Dirección superior.-** Responsables de la aplicación del Seguro General Obligatorio en todo el territorio nacional: Consejo Directivo, Dirección General y Dirección Provincial.

b) **Nivel de Dirección especializada.-** Órganos especializados en el aseguramiento de las contingencias y calificación del derecho a las prestaciones que otorga el Seguro General Obligatorio: Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, Dirección del Sistema de Pensiones, Dirección del Seguro General de Riegos del Trabajo y Dirección del Seguro Social Campesino.

c) **Nivel de reclamación administrativa.-** Responsables de la aprobación o denegación de los reclamos de prestaciones plantados por los asegurados: Comisión Nacional de Apelaciones y Comisión Provincial de Prestaciones y Controversias. Son instancias de resolución administrativa.

d) **Nivel Técnico Auxiliar.-** Dirección Actuarial y Comisión Técnica de Inversiones.

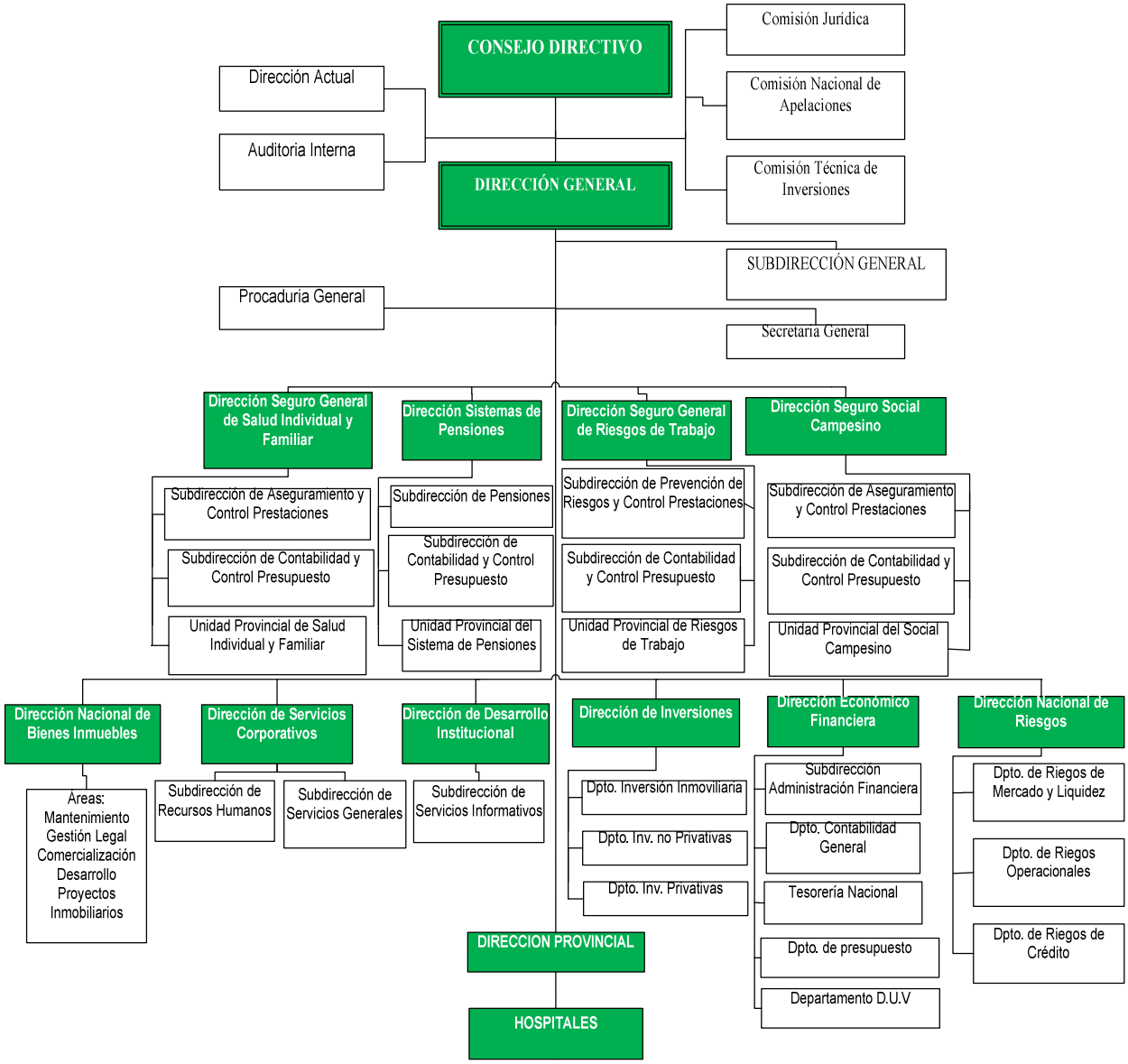
e) **Nivel de Control Interno.-** La Auditoría Interna es el órgano de control independiente, de evaluación y asesoría, responsable del examen posterior, objetivo,

profesional, sistemático y periódico de los procedimientos administrativos, presupuestarios y financieros del Instituto.

f) **Nivel de asistencia técnica y administrativa.-** Dirección Económica Financiera, Dirección de Servicios Corporativos, Dirección de Desarrollo Institucional, Secretaría General y Procuraduría General.

2.2.3 Organigrama

Gráfico No. 3
Organigrama del IESS



Fuente: SGSIF
Elaborado: Ana María Castillo

Mediante Resolución N° 021, el Consejo Directivo del IESS aprobó el nuevo orgánico funcional de la Institución que cuenta con seis niveles:

1. Nivel de gobierno y Dirección superior.- Responsables de la aplicación del Seguro General Obligatorio en todo el territorio nacional: Consejo Directivo, Dirección General y Dirección Provincial.

2. Nivel de Dirección especializada.- Órganos especializados en el aseguramiento de las contingencias y calificación del derecho a las prestaciones que otorga el Seguro General Obligatorio: Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, Dirección del Sistema de Pensiones, Dirección del Seguro General de Riegos del Trabajo y Dirección del Seguro Social Campesino.

3. Nivel de reclamación administrativa.- Responsables de la aprobación o denegación de los reclamos de prestaciones planteados por los asegurados: Comisión Nacional de Apelaciones y Comisión Provincial de Prestaciones y Controversias. Son instancias de resolución administrativa.

4. Nivel Técnico Auxiliar.- Dirección Actuarial y Comisión Técnica de Inversiones.

5. Nivel de Control Interno.- La Auditoría Interna es el órgano de control independiente, de evaluación y asesoría, responsable del examen posterior, objetivo, profesional, sistemático y periódico de los procedimientos administrativos, presupuestarios y financieros del Instituto.

6. Nivel de asistencia técnica y administrativa.- Dirección Económica Financiera, Dirección de Servicios Corporativos, Dirección de Desarrollo Institucional, Secretaría General y Procuraduría General.

El Consejo Directivo es el órgano máximo de gobierno y le corresponde dictar las políticas para la aplicación del Seguro General Obligatorio, así como las normas de organización y funcionamiento de los seguros generales y especiales administrados por el IESS y la fiscalización de los actos de la administración. Está conformado de manera tripartita por un representante del Ejecutivo, quien lo preside, un representante de los empleadores y un representante de los trabajadores.[3]

- **La Dirección General**

Es el órgano responsable de la organización, dirección y supervisión de todos los asuntos relativos a la ejecución de los programas de protección provisional de la población urbana y rural, con relación de dependencia laboral o sin ella, con sujeción a lo que determina la Ley de Seguridad Social. La autoridad responsable es el Director General.

En esta nueva estructura se crea la Subdirección General, dependencia de apoyo y asistencia a la Dirección General. La autoridad responsable es el Subdirector General,

[3] http://www.iess.gob.ec/site.php?content=69-organico-funcional

quien es designado por el Consejo Directivo. Cuando el Director General renuncia, falta o se ausenta temporalmente o por impedimento, le subroga el Subdirector General.

- **La Dirección Provincial**

Es responsable de la aplicación de las estrategias de aseguramiento obligatorio, la recaudación oportuna de las aportaciones de los empleadores y asegurados y la calificación del derecho a prestaciones de los afiliados, comprendidos en la circunscripción geográfica de su competencia. Es el órgano responsable del manejo de las cuentas patronales e individuales de los asegurados, del ejercicio de la jurisdicción coactiva, y de la consolidación de la información presupuestaria y contable de todas las dependencias administrativas subordinadas a su autoridad.

- **Direcciones especializadas**

Dentro del nivel de dirección especializada se encuentran las direcciones del Seguro General de Salud Individual y Familiar, el Sistema de Pensiones, el Seguro General de Riesgos del Trabajo, el Seguro Social Campesino y las direcciones provinciales, encargadas del aseguramiento de las contingencias y la calificación del derecho a las prestaciones que otorga el Seguro General Obligatorio.

2.2.4 Servicios

El IESS ofrece los siguientes servicios a los asegurados:

a) Seguro de Salud:

El Seguro General de Salud Individual y Familiar está orientado a brindar bienestar a todas y todos los asegurados y beneficiarios, con prestaciones de salud y servicios con calidad y calidez; y a cubrir de manera universal e integral todos los ciclos vitales del ser humano.

Protege a:

- Afiliado/afiliada activo y voluntario del Seguro General Obligatorio y sus dependientes: cónyuge o conviviente con derecho (previa solicitud) e hijos menores de 18 años;
- Pensionistas de invalidez, vejez del Seguro General, y pensionista de incapacidad permanente, total o absoluta de riesgos del trabajo, y sus dependientes: cónyuge o conviviente con derecho (previa solicitud) e hijos menores de 18 años;
- Beneficiarios de montepío por orfandad, hijos menores de 18 años.

b) Seguro de Pensiones:

El Seguro de Pensiones protege económicamente al asegurado (a) al IESS y su familia, con prestaciones sociales que se financian con el 9,74% del salario de aportación del afiliado y afiliada.

Las prestaciones son las siguientes:

- Jubilación Ordinaria por Vejez.
- Jubilación por Invalidez que incluye el Subsidio Transitorio por Incapacidad.
- Pensiones de Montepío.
- Auxilio de Funerales.
- Jubilaciones Especiales: a los trabajadores de telecomunicaciones, a los de artes e industrias gráficas; y a los zafreros.
- Rentas Adicionales: Ferrocarriles, Magisterio Fiscal y Gráficos.
- Mejoras de jubilación por Vejez.

Beneficios adicionales para el pensionista:

- Mejor Aumento al cumplir 70 años de edad y haberse jubilado con 420 (35 años de aportes) imposiciones o más.
- Aumento Excepcional: cuando cumple 80 años de edad y se jubiló con 360 (30 años de aportes) imposiciones o más.

c) Seguro de Riesgos de Trabajo:

Proteger al afiliado y al empleador de los riesgos derivados del trabajo, mediante programas de prevención y acciones de reparación de los daños derivados de los

accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, incluida la rehabilitación física y mental y la reinserción laboral.

c) Seguro Social Campesino:

Este Seguro, que es un régimen especial, protege a la población del sector rural y pescador artesanal del Ecuador, con programas de salud integral, saneamiento ambiental y desarrollo comunitario. Promueve la participación social para contribuir a elevar el nivel de vida y potenciar su historia, organización y cultura.

Beneficiarios:

- El jefe de familia asegurado,
- Cónyuge o conviviente,
- Hijos y familiares que vivan bajo su dependencia,
- Jubilado y
- Pescador Artesanal

Servicios y prestaciones:

Promoción, prevención en salud, saneamiento ambiental y desarrollo comunitario.

- Atención odontológica preventiva y de recuperación.
- Atención durante el embarazo, parto y postparto.
- Pensiones de jubilación por invalidez y vejez.

- Auxilio de funerales.

A continuación se realiza un resumen de los servicios que el IESS ofrece a sus afiliados:

a. Programas de fomento y promoción de la salud
b. Acciones de medicina preventiva:
    - Consulta e información profesional
    - Procedimientos auxiliares de diagnóstico
    - Medicamentos e intervenciones necesarias
    - Atención odontológica

c. Asistencia médica curativa integral y maternidad:
    - Consulta profesional
    - Exámenes y procedimientos de diagnóstico
    - Actos quirúrgicos
    - Hospitalización
    - Entrega de fármacos
    - Y demás acciones de recuperación y rehabilitación de la salud

d. Tratamiento de enfermedades crónico degenerativas, sin límite de beneficios o exclusión en la atención.

e. Tratamiento de enfermedades catastróficas reconocidas por el Estado como problemas de salud pública.

2.2.5 Acceso a la Atención de Salud

f. Turnos vía telefónica

Para acceder a los servicios que presta el Seguro de Salud del IESS, en las Unidades o Centros de Atención Médica Ambulatoria de primer nivel, el asegurado (a)| debe solicitar su primera cita médica a través del sistema de Call Center, marcando 1 800 1000 000, o al número 140. En la primera cita, la atención que reciben los asegurados y beneficiarios es la de un médico general en las siguientes áreas:

- Medicina General
- Medicina Familiar
- Pediatría
- Ginecología
- Psicología
- Traumatología

Para las demás especialidades, el asegurado debe tener una orden de transferencia de los médicos mencionados, la cual es otorgada ya sea por el sistema informático de la red o con un documento manual.

En casos de emergencia, es decir, cuando está en riesgo la vida del paciente, los asegurados y beneficiarios pueden acercarse a las áreas de Emergencia de las unidades médicas públicas o privadas del país, más cercana.

g. Asistencia Médica Telefónica:

El IESS cuenta actualmente con el servicio de Asistencia Médica Telefónica donde el asegurado y beneficiario son atendidos por un médico general, de cabecera las 24 horas al día, en cuanto a cuidados domiciliarios y síntomas. El médico general es quien realiza el agendamiento de la cita con un especialista según el diagnóstico o calificación de la condición de su salud. Para acceder a este servicio se debe llamar al Call Center 1 800 1000 000, o marcar el número 161, las veces que se requiera, según la condición de salud del asegurado y beneficiario.

2.2.6 Tasas de Aportación

(Resolución CD. 261 de 2009-05-26)

Tabla No. 1
Tasa de aportación – trabajadores privados con relación de dependencia

TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO BAJO RELACIÓN DE DEPENDENCIA			
ASI COMO DE LOS MIEMBROS DEL CLERO SECULAR			
CONCEPTO	**PERSONAL**	**PATRONAL**	**TOTAL**
S. INVALIDEZ VEJEZ Y	6.64	3.10	9.74
S. SALUD	0.00	5.71	5.71
S. RIESGOS DEL	0.00	0.55	0.55
S. CESANTIA	2.00	1.00	3.00
S. SOCIAL CAMPESINO	0.35	0.35	0.70
GASTOS	0.36	0.44	0.80
TOTAL APORTES	**9.35**	**11.15**	**20.50**

Fuente: Subdirección de Salud IESS, Pichincha
Elaborado: Ana María Castillo

Tabla No. 2
Tasa de aportación – empleos bancarios, municipales…

EMPLEADOS BANCARIOS, MUNICIPALES, AUTONOMOS, NOTARIOS, REGISTRADORES DE PROPIEDAD Y MERCANTILES			
CONCEPTO	**PERSONAL**	**PATRONAL**	**TOTAL**
S. INVALIDEZ VEJEZ Y	8.64	3.10	11.74
S. SALUD	0.00	5.71	5.71
S. RIESGOS DEL	0.00	0.55	0.55
S. CESANTIA	2.00	1.00	3.00
S. SOCIAL CAMPESINO	0.35	0.35	0.70
GASTOS	0.36	0.44	0.80
TOTAL APORTES	**11.35**	**11.15**	**22.50**

Fuente: Subdirección de Salud IESS, Pichincha
Elaborado: Ana María Castillo

Tabla No. 3
Tasa de aportación – servidores públicos

SERVIDORES PUBLICOS, INCLUIDOS LOS DE LA FUNCION JUDICIAL QUE PERCIBEN REMUNERACION VARIABLE COMO ARANCELES			
CONCEPTO	**PERSONAL**	**PATRONAL**	**TOTAL**
S. INVALIDEZ VEJEZ Y	8.64	1.10	9.74
S. SALUD	0.00	5.71	5.71
S. RIESGOS DEL	0.00	0.55	0.55
S. CESANTIA	2.00	1.00	3.00
S. SOCIAL CAMPESINO	0.35	0.35	0.70
GASTOS	0.36	0.44	0.80
TOTAL APORTES	**11.35**	**9.15**	**20.50**

Fuente: Subdirección de Salud IESS, Pichincha
Elaborado: Ana María Castillo

Tabla No. 4
Tasa de aportación – funcionarios del servicio exterior

FUNCIONARIOS DEL SERVICIO EXTERIOR			
CONCEPTO	**PERSONAL**	**PATRONAL**	**TOTAL**
S. INVALIDEZ VEJEZ Y	6.64	3.10	9.74
S. SALUD	0.00	3.71	3.71
S. RIESGOS DEL	0.00	0.55	0.55
S. CESANTIA	2.00	1.00	3.00
S. SOCIAL CAMPESINO	0.35	0.35	0.70
GASTOS	0.36	0.44	0.80
TOTAL APORTES	**9.35**	**9.15**	**18.50**

Fuente: Subdirección de Salud IESS, Pichincha
Elaborado: Ana María Castillo

Tabla No. 5

Tasa de aportación – trabajadores temporales

TRABAJADORES TEMPORALES			
INDUSTRIA AZUCARERA			
CONCEPTO	**PERSONAL**	**PATRONAL**	**TOTAL**
S. INVALIDEZ VEJEZ Y	12.34	3.87	16.21
S. SALUD	0.00	10.42	10.42
S. RIESGOS DEL	0.00	1.01	1.01
S. CESANTIA	4.00	2.00	6.00
S. SOCIAL CAMPESINO	0.35	0.35	0.70
GASTOS	0.36	1.00	1.36
TOTAL APORTES	**17.05**	**18.65**	**35.70**

Fuente: Subdirección de Salud IESS, Pichincha
Elaborado: Ana María Castillo

Tabla No. 6
Tasa de aportación – magisterio nacional

MAGISTERIO NACIONAL			
MAESTROS FISCALES Y DE BIESTAR SOCIAL			
CONCEPTO	**PERSONAL**	**PATRONAL**	**TOTAL**
S. INVALIDEZ VEJEZ Y	8.64	1.10	9.74
S. SALUD	0.00	5.71	5.71
S. RIESGOS DEL	0.00	0.55	0.55
S. CESANTIA	2.00	1.00	3.00
S. SOCIAL CAMPESINO	0.35	0.35	0.70
GASTOS	0.36	0.44	0.80
S. ADICIONAL	5.00	5.00	10.00
TOTAL APORTES	**16.35**	**14.15**	**30.50**

Fuente: Subdirección de Salud IESS, Pichincha
Elaborado: Ana María Castillo

Tabla No. 7
Tasa de aportación – trabajadores con seguro adicional

TRABAJADORES CON SEGURO ADICIONAL DE GRAFICOS CORTADORES DE CAÑA PERMANENTES DESDE 2006-12-01			
CONCEPTO	**PERSONAL**	**PATRONAL**	**TOTAL**
S. INVALIDEZ VEJEZ Y	8.64	1.10	9.74
S. SALUD	0.00	5.71	5.71
S. RIESGOS DEL TRABAJO	0.00	0.55	0.55
S. CESANTIA	2.00	1.00	3.00
S. SOCIAL CAMPESINO	0.35	0.35	0.70
GASTOS	0.36	0.44	0.80
S. ADICIONAL GRAFICOS	2.00	6.00	8.00
TOTAL APORTES	**13.35**	**15.15**	**28.50**

Fuente: Subdirección de Salud IESS, Pichincha
Elaborado: Ana María Castillo

Tabla No. 8
Tasa de aportación – cortadores de caña temporales

CORTADORES DE CAÑA TEMPORALES DESDE 2006-12-01			
CONCEPTO	**PERSONAL**	**PATRONAL**	**TOTAL**
S. INVALIDEZ VEJEZ Y	8.64	1.10	9.74
S. SALUD	0.00	5.71	5.71
S. RIESGOS DEL	0.00	0.55	0.55
S. CESANTIA	2.00	1.00	3.00
S. SOCIAL CAMPESINO	0.35	0.35	0.70
GASTOS	0.36	0.44	0.80
S. AICIONAL C.CAÑA	4.00	12.00	16.00
TOTAL	**15.35**	**21.15**	**36.50**

Fuente: Subdirección de Salud IESS, Pichincha
Elaborado: Ana María Castillo

Tabla No. 9
Tasa de aportación – trabajadores autónomos sin voluntarios

TRABAJADORES AUTONOMOS, SIN RELACION VOLUNTARIOS	
CONCEPTO	**TOTAL**
S. INVALIDEZ VEJEZ Y MURTE	9.74
S. SALUD	5.71
S. RIESGOS DEL TRABAJO	0.55
S. SOCIAL CAMPESINO	0.70
GASTOS ADMINISTRACION	0.80
TOTAL APORTES	**17.50**

Fuente: Subdirección de Salud IESS, Pichincha
Elaborado: Ana María Castillo

Tabla No. 10
Tasa de aportación – jubilados y pensionistas

JUBILADOS Y PENSIONISTAS	
CONCEPTO	**TOTAL**
13VA. 14VA. Y F.	2.76
TOTAL APORTES	**2.76**

Fuente: Subdirección de Salud IESS, Pichincha
Elaborado: Ana María Castillo

2.2.7 Cobertura

La atención de salud del IESS se encuentra organizada por zonas territoriales geográficas denominada Red Plural, con el fin de que sus afiliados y familias, jubilados y pensionistas, se beneficien de los servicios de atención de primer nivel, a través de la libre elección regulada por el prestador de salud.

2.2.8 Empleadores

Los derechos de los trabajadores a la Seguridad Social son irrenunciables. (Art. 34 de la Constitución de la República del Ecuador y Art. 4 del Código del trabajo).

Son sujetos del Seguro General Obligatorio, en calidad de afiliados, todas las personas que perciben ingresos por la ejecución de una obra o la prestación de un servicio físico o intelectual, con relación laboral o sin ella; en particular.

- El trabajador en relación de dependencia
- El trabajador autónomo
- El profesional en libre ejercicio
- El administrador o patrono de un negocio
- El dueño de una empresa unipersonal
- El menor trabajador independiente; y,
- Los demás asegurados obligados al régimen del Seguro General Obligatorio en virtud de leyes y decretos especiales.

A partir del 1 de enero de 2011, se aplican las siguientes categorías de remuneraciones e ingresos mínimos de aportación al Seguro General Obligatorio, por regímenes de afiliación:

CATEGORIA DEL TRABAJADOR	SALARIO MINIMO APORTACION
Código del Trabajo Comisiones Sectoriales	USD 264,00
Trabajadores de campo de la industria azucarera, permanentes y temporales; los escogedores de café y peladores de tagua; los estibadores y trabajadores portuarios reemplazantes; los pescadores y empacadores de pescado; los trabajadores agrícolas, incluidos los trabajadores de granjas, planteles y fincas avícolas, y los trabajadores de paja toquilla; y, el afiliado o afiliada al régimen especial del Seguro de Trabajadores de la Construcción, al Seguro de Choferes Profesionales o al Seguro de Artistas Profesionales.	USD 264,00
El trabajador o trabajadora, protegidos por el Código del Trabajo, que labora en alguna de las ocupaciones o puestos de labor de ramas de trabajo o actividades económicas, cuyas remuneraciones básicas unificadas no están comprendidas en el literal precedente,	USD 264,00

El trabajador o trabajadora del régimen de maquila	USD 264,00
El afiliado o afiliada voluntarios	USD 264,00
El afiliado o afiliada amparados en el seguro de profesionales	USD 264,00
El afiliado al seguro del clero secular	Aportará sobre un ingreso mínimo mensual de ciento treinta (200,00) dólares, multiplicado por el coeficiente que correspondiere al tiempo de ejercicio sacerdotal, con sujeción a la tabla que consta en el literal m) de la Resolución C.I. 067, publicada en el Registro Oficial No. 79 de 17 de mayo de 2000.
El afiliado o afiliada al seguro de notarios, registradores de la propiedad y registradores mercantiles,	USD 264,00
El futbolista profesional	USD 264,00
El afiliado o afiliada amparados en el régimen especial de afiliación obligatoria para los trabajadores sujetos a la contratación a tiempo parcial	USD 264,00

El maestro de taller o artesano autónomo,	USD 264,00
El operario u operaria y aprendiz de artesanía	USD 264,00
El colaborador de la microempresa (no artesanal),	USD 264,00,
El trabajador o trabajadora del servicio doméstico	USD 264,00

2.2.9 Afiliados

El Empleador tiene la obligación de registrar al trabajador (aviso de entrada) desde el primer día de trabajo. El afiliado tiene la obligación de exigir al empleador la afiliación al IESS y los pagos mensuales de aportes, siempre los primeros quince días siguientes al mes trabajado.

Son sujetos del Seguro General Obligatorio, en calidad de afiliados, todas las personas que perciben ingresos por la ejecución de una obra o la prestación de un servicio físico o intelectual, con relación laboral o sin ella; en particular: (Art. 2 de la Ley).

En el caso del asegurado sin empleador (Afiliación Voluntaria) se establecerá la reglamentación en base a aquellos servicios y remuneraciones imponibles por los que haya cotizado o cotizare.

El Registro de Historia Laboral de cada asegurado será la fuente de información válida para determinar el derecho a prestaciones del Seguro General Obligatorio, sin perjuicio de otros medios probatorios.

h. Afiliación Fraudulenta

En caso de afiliación fraudulenta, el Instituto retiene, en concepto de multa, los aportes personales y patronales, así como los fondos de reserva.

El Instituto exige, además, el pago o reembolso de las prestaciones recibidas y declara exigibles las obligaciones por préstamos concedidos, sin perjuicio de las acciones civiles y penales.

Las cantidades generadas por afiliación fraudulenta, serán solidariamente responsables el falso afiliado y la persona que hubiere figurado como empleador.

i. La Afiliación Voluntaria

Este tipo de afiliación la pueden solicitar los ecuatorianos y ecuatorianas residentes en el país y en el extranjero. Los que viven en el Ecuador, que no sean afiliados al Seguro Obligatorio, incluidas las trabajadoras de hogar no remuneradas y los estudiantes. Los residentes en el exterior, cualquiera que sea su ocupación laboral o actividad económica.

El valor del aporte al IESS es el 17.50% del ingreso que realmente percibe el solicitante y, en ningún caso, sobre valores inferiores al salario mínimo de aportación, vigente en el año de aceptación de esta afiliación.

2.2.10 Normas y Reglamentos

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, no tiene reglamentación que regule los procedimientos administrativos, así como el desenvolvimiento de los funcionarios que participan dentro de la supervisión o vigilancia del cumplimiento de los contratos, de los servicios brindados en las instalaciones de los prestadores externos, el control de las tarifas cobradas de acuerdo al Tarifario del SGSIF y control concurrente o seguimiento al afiliado beneficiario de dichos servicios, normas que deben utilizarse por los funcionarios de Dirección de la Administración del Seguro General de Salud Individual y Familiar y en las diversas unidades médicas asistenciales del IESS.

El IESS cuenta con Normas técnicas y criterios para la acreditación y calificación del nivel de complejidad en las unidades médicas del IESS y demás prestadores de salud, en las que se incluyen “otros prestadores de salud o los servicios contratados con proveedores externos”, pero sin embargo a pesar de la existencia de éstas normas, hay algunos proveedores que han prestado servicios médicos sin que hayan cumplido con el proceso de acreditación, proceso formal por medio del cual la Administradora del Seguro General de Salud Individual y Familiar, reconoce que un prestador de salud cumple con los estándares preestablecidos, luego de una evaluación local y periódica, realizada por una comisión especializada, con una validez de hasta dos años, requisito indispensable para la contratación del prestador, para luego la Subdirección de Aseguramiento y Control de Prestaciones, incorpore a las empresas calificadas a nivel nacional y regional en una red de prestadores. Estos prestadores calificados siempre que se acojan a las Tarifas estipuladas, suscribirán los contratos, por lo expuesto se

desprende que no se ha cumplido con la Resolución C.D. 020, publicada en el Registro Oficial 240 de diciembre 26 de 2003.

2.3 Prestadores Externos

El IESS brinda servicios de salud a través de sus unidades médicas propias y también a través de Instituciones de salud privada, pública y médicos en libre ejercicio de su profesión que mantienen convenios con la Institución.

Las Unidades Médicas Internas (UMI) podrán solicitar autorización para que se realicen procedimientos de salud en Proveedores Externos (PE) cuando su capacidad resolutiva no le permita atender el requerimiento (larga lista de espera, equipos dañados o en mal estado o sin insumos, nivel de complejidad, otros).

La alta demanda de atención médica por parte de los afiliados y beneficiarios del IESS ha sido resuelto con la incorporación de prestadores externos a la Red del Seguro General de Salud Individual y Familiar (SGSIF).

Al momento el IESS mantiene convenios con clínicas y consultorios privados a los que los afiliados pueden acudir únicamente el momento en el que su caso no pueda ser atendido en el hospital del Seguro Social.

La red externa de prestadores médicos del IESS opera desde 2003. Son 277 unidades ambulatorias, de hospitalización, de diagnóstico y profesionales que ponen sus consultorios privados al servicio de los afiliados; cuentan con la acreditación necesaria

para formar parte de la Red Plural del SGSIF a nivel nacional. De los cuales, actualmente, 201 ya forman parte de la Red de prestadores externos.

En los contratos suscritos se estipulan las siguientes cláusulas:

- El precio y forma de pago es de conformidad al Tarifario Institucional, verificándose que los prestadores facturan de conformidad a lo convenido en dicho Tarifario.
- La vigencia acordada es de un año, pero al no existir inconformidad de las partes, se han renovado automáticamente y extendido los mismos por igual período.

Para calificar a los prestadores externos, estos deben cumplir ciertos requisitos, que se señalan en los respectivos formularios utilizados para el efecto, los mismos que contienen códigos, que son distintos a los códigos establecidos en el Tarifario institucional por cada servicio.

El no cumplimiento de los requisitos establecidos en los contratos de prestación de servicios de salud, es una de las causales para la culminación de los mismos, de acuerdo al literal b. de la cláusula "Terminación del contrato", que dispone: Son causas de terminación del presente contrato: b.- Incumplimiento de las obligaciones contractuales

Los convenios del IESS con los prestadores externos representó en el 2010 una inversión de USD 187´299.938. Dichos prestadores están en las áreas geográficas donde

existe mayor demanda y basa sus pagos en un tarifario, aprobado en septiembre del 2010. Los costos van de USD 3,55 por una consulta preventiva inicial hasta 17.050 por un trasplante renal. La mayor parte de servicios externos son ambulatorios o de primer nivel. El objetivo del Seguro es educar a la población para que la mayor parte de problemas se resuelvan en los centros de salud.

La transferencia del paciente será responsabilidad del hospital del IESS. Para el efecto el usuario deberá cumplir con un trámite y una documentación que le permita beneficiarse de esa atención y, a la vez, acceder a servicios externos que luego serán cubiertos por el Seguro. No todos pueden ir a cualquier lugar y hacerse atender, para esto será necesario una autorización del médico tratante y el cumplimiento de un trámite en la oficina de servicios al asegurado. La inexistencia de camas para hospitalización, así como la falta de insumos y el tratamiento de adicciones también es causal para que una persona busque atención en otra casa de salud que mantenga un convenio con el IESS.

De las 201 unidades externas con las que cuenta el IESS, solo 18 están disponibles para que el "Call Center" otorgue consultas médicas. La relación de capacidad de estas frente a las unidades del IESS es de 8,92%. En consecuencia, la demanda insatisfecha de citas médicas se mantiene en más del 40%. El resto de prestadores externos reciben a afiliados por derivación directa del mismo Seguro (hospitalización, principalmente).
Las entidades que constan en el 'Call Center' ofrecen, sobre todo, citas para medicina general y de acuerdo con la disponibilidad acceden a los especialistas.

2.3.1 Referencia médica

El primer nivel de atención es la puerta de ingreso al sistema de servicios de Salud del IESS, a partir del cual se garantiza la continuidad de la atención al asegurado y beneficiarios con derecho y la coordinación con otros niveles de complejidad.

Acudir a la atención de primer nivel es acercarse a prestadores ambulatorios de salud como:

- Dispensarios Anexos
- Unidades y Centros de Atención Ambulatoria del IESS
- Dispensarios del Seguro Social Campesino, y
- Unidades de primer nivel del sector público y privado, con o sin fines de lucro.

El afiliado, afiliada o beneficiario con derecho que reciben atención médica por primera vez, son evaluados por médicos generales, internistas o familiares para determinar su condición de salud.

El afiliado, afiliada y los beneficiarios con derecho pueden acceder a otros niveles de complejidad del sistema de servicios de salud del IESS siempre que hayan sido referidos desde el primer nivel de atención, si su problema de salud así lo requiere.

Los hospitales de segundo y tercer nivel del IESS o de prestadores externos, aceptan referencias enviadas desde las unidades médicas de primer nivel de forma territorializada.

El paciente referido debe presentar los siguientes documentos:

- Cédula de ciudadanía.
- Formulario de transferencia, el cual es entregado en la unidad médica u hospital donde se solicita la referencia, el cual debe estar debidamente llenado, en el que consten la firma y el sello del médico tratante, y el visto bueno del Director de la Unidad.

2.3.2 Contra referencia

Una vez resuelto el evento, los hospitales de segundo y tercer nivel del IESS o de prestadores externos tienen la obligación de remitir la contra-referencia a la unidad médica de primer nivel correspondiente al afiliado o afiliada, y/o a la unidad médica que originó la referencia.

Al hacerlo, el afiliado deberá entregar en la unidad médica de origen el formulario respectivo, el cual debe estar legalizado por el Jefe del servicio de la unidad médica u hospital donde ha sido atendido. El afiliado que recibe atención médica por primera vez, es evaluado por médicos generales o internistas.

2.3.3 Políticas de funcionamiento de los Prestadores Externos

La Subdirección Provincial de Pichincha del SGSISF es la instancia facultada para seleccionar el Proveedor Externo de conformidad con el requerimiento y la cartera de servicios de los mismos.

a. En los casos de hospitalización, la autorización de la Subdirección Provincial Pichincha del SGSIF, implica TRATAMIENTO INTEGRAL, en consecuencia:
   - Incluye las sesiones de rehabilitación prescritas, como parte del Plan Post operatorio en el caso de pacientes de Traumatología, Neurocirugía y Cirugía Cardiaca.
   - Incluye la entrega de medicinas al alta.
   - Los Prestadores de Salud NO requerirán autorización por cada procedimiento.
   - El Código de Validación sirve para los requerimientos durante la estancia hospitalaria del paciente (apoyos diagnósticos, terapéuticos y evaluaciones médicas).

b. En los casos de atención ambulatoria – consulta externa - en Proveedores Externos de I Nivel, la autorización de la Subdirección Provincial Pichincha del SGSIF, incluye:

La entrega de medicinas:

   - Eventos agudos, hasta por 30 días
   - Eventos crónicos, hasta por 90 días

- exámenes básicos de laboratorio,
- imagen convencional,
- interconsultas de especialidad, y

NO requieren autorización previa de la Subdirección Provincial Pichincha del SGSIF.

c. Los Proveedores Externos de I Nivel, que atienden pacientes derivados por el Call Center a consulta externa, deben solicitar autorización previa a la Subdirección Provincial Pichincha del SGSIF, para los procedimientos quirúrgicos que se prescriban en el tratamiento. La Subdirección Provincial podrá autorizar la ejecución de aquellos procedimientos en el mismo Proveedor Externo, si su capacidad resolutiva así lo permitiere.

d. En casos de patología crónica, el Proveedor Externo debe entregar la Hoja de contra referencia (SMS-MSP/HCU-form-053/2008) a los pacientes para su retorno a la unidad que lo refirió o a la que se encuentre adscrito.

e. La atención por emergencia en Proveedores Externos – contratados por el IESS – será autorizada en forma inmediata, sin perjuicio, de la facultad que tiene la Subdirección Provincial para comprobar la emergencia.

f. En los casos de atención por emergencia en Proveedores Externos no contratados por el IESS, la Subdirección Provincial Pichincha procurará el traslado del paciente

hacia un Proveedor Externo contratado. Si el traslado no es factible, entonces, se procederá a negociar el costo de la atención con base al Tarifario IESS vigente.

g. En los casos de pacientes que requieren atención post trasplante, el Proveedores Externo solicitará autorización. La Subdirección Provincial Pichincha del SGSIF podrá autorizar su atención en el mismo proveedor u otro de la red externa.

h. En los casos de paciente oncológicos se procurará la atención integral en el mismo centro en el que inició su tratamiento. El Proveedor Externo solicitará autorización a la Subdirección Provincial Pichincha del SGSIF.

i. En el caso de pacientes que requieren estancia prolongada, cuidados mínimos o paliativos, el Proveedor Externo debe renovar la solicitud de Autorización en la Subdirección Provincial Pichincha del SGSIF, en enero y julio de cada año, señalando el código de validación inicial, adjuntando una Epicrisis actualizada a la fecha.

j. Se realizará la Derivación de pacientes que requieren tratamiento de Hemodiálisis considerando el lugar de domicilio si fuera pensionista; o lugar de trabajo si fuera activo, para lo cual presentará una copia de la planilla de servicios (agua, luz, teléfono) o certificado de lugar de trabajo.

k. La Derivación de pacientes de provincias es de exclusiva responsabilidad de la Subdirección o Jefatura Provincial del SGSIF que autorizó la referencia. En consecuencia NO requiere autorización de la Subdirección Provincial Pichincha.

l. La Autorización de la Subdirección Provincial Pichincha del SGSIF, tendrá validez por treinta días calendario, contados desde la fecha de emisión.

m. El Hospital Metropolitano es un proveedor de última elección, para atender procedimientos de alta complejidad. La Derivación al Hospital Metropolitano requiere coordinación previa.

n. La Autorización de la Subdirección Provincial Pichincha del SGSIF, NO IMPLICA, en ningún caso, exoneración del proceso de evaluación de la pertinencia médica ni garantiza el pago total.

Estas políticas se aplicarán también en los casos de hijos de afiliados menores de 18 años.

2.3.4 Detalle de Proveedores Externos

La alta demanda de atención médica por parte de los afiliados y beneficiarios del IESS ha sido resuelto con la incorporación de prestadores externos a la Red del Seguro General de Salud Individual y Familiar (SGSIF).

El IESS cuenta con más de 200 prestadores de salud que cuentan con la acreditación necesaria para formar parte de la Red Plural del SGSIF a nivel nacional. De los cuales, actualmente, 201 ya forman parte de la Red de prestadores externos.

2.3.4.1 CENMEP: Clínica Pichincha

Calle Ramírez Dávalos y Páez

Contacto: Dr. Augusto Maldonado / Director Médico

Hospital de Nivel III

Procedimientos:

Prostatectomia

ORL

Traumatologia

UCI adultos

Cirugía Cardiotorácica

Laboratorio Especialidad:

Cultivos

Gases arteriales, sodio, potasio, hormonal, inmunoanalisis

VIH

Pruebas reumaticos

Bacteriologico

COOMBS

IMAGEN:

TAC

RMN

ANGIO

Consulta Externa:

Odontología general, Otorrinolaringología y Oftalmología

Atención de Emergencia:

Todas las especialidades

Hospitalización.- Clínica de:

Cardiología, Neumología, Gastroenterología, Nefrología, Medicina Interna, Endocrinología, Neurología, Hematología, Oncología, Ginecología, ORL, Pediatría.

Hospitalización.- Quirúrgica de:

Traumatología, Cirugía General, ORL, Oftalmología, Urología, Cirrugía Cardiotorácica, Ginecología, Trauma, Cirugía Plástica, Neurocirugía, Proctología, Cirugía Reconstructiva

Otra Hospitalización:

Quimioterapia

Procedimientos Vasculares Invasivos

Sala Especiales:

Neonatología

Cuidados Intensivos: adultos y niños

NO PAQUETES

2.3.4.2 Hospital de los valles

Ave. Interoceánica km 12 1/2 y Ave. Florencia (Cumbayá)

Hospital de Nivel III

Procedimientos:

Neurocirugia

Ofatalmologia laser

Colecistectomia

Litotricia

Gastrectomia

Tiroidectomia

Traumatologia

Quimioterapia

Procedimiento Vasculares Invasivos

Neonatología

UCI (adultos y pediátrica)

IMAGEN:

TAC

RMN

ANGIO

Consulta externa:

NO

Atención de emergencia:

SI, todas las especialidades

Hospitalización.- Clínica de:

Cardiología, Neumología, Castroenterología, Nefrología, Medicina Interna, Endocrinología, Neurología, Hematología, Oncología, Ginecología, Otorrinolaringología, Pediatría.

Hospitalización.- Quirúrgica de:

Cirugía General, Otorrrinolaringología, Traumatología, Oftalmología, Urología, Cirugía Cardiotoráxica, Ginecología y Obstetricia, Traumatología, Cirugía Plástica, Neumocirugía, Proctología, Cirugía Plástica reconstructiva.

Otras hospitalizaciones:

Quimioterapia, Procedimientos vasculares invasivos

Salas Especiales:

Neonatología

UCI (adultos y pediátrica)

Unidad de Cuidados Intermedios

2.3.4.3 CentroCeus S.A. - CETCUS

Calle Polonia 101 y Ave. Eloy Alfaro

Auxiliares de Diagnóstico - IMAGEN

Servicios de diagnóstico por imagen:

Densitometría Osea

Fluoroscopía con intensificador de imagen

Mamografía

Medicina Nuclear

Radiología Convencional

RMN

TAC

Tomografía lineal

Tomografía por emisión de positrones

Ultrasonido

Rayos X

Ozono terapia

Embolizaciones

Angiografías

2.3.4.4 ConClínica C.A. - Hospital Metropolitano

Ave. Mariana de Jesús

Hospital de Nivel III

Procedimientos:

Gastrotomia

Histerectomia

Prostatectomia

Tiroidectomia

Cardiovascular

Neurocirugia

Ofatalmologia laser

Cirugia plastica reconstructiva

Trasplante renal y hepatico

Artroscopia

Artroplastia

Colecistectomia

Nefrectomia

UCI adultos y niños

Paquetes por servicios de:

Abración por radiofrecuencia

Angioplastia coronaria

Angioplastia coronaria más stent un vaso

Angioplastia coronaria más stent cada vso adicional

Trasplante renal, donante vivo o cadavérico.

2.3.4.5 ZURITA & ZURITA Laboratorios de Especialidad

Ave La Prensa 49-221 y Manuel Valdiviezo: SECTOR AEROPUERTO

Auxiliares de Diagnóstico: LABORATORIO CLINICO

Laboratorio de Especialidad:

Pruebas hormonales

Inmunohistoquímica

Histocompatibilidad

2.3.5 Procedimiento que Siguen los Asegurados para la Atención Medica

- ***Derivación Ambulatoria – Virtual – PE - Código de Validación Ambulatoria Virtual (CVAV)***

  El paciente o sus familiares, presentarán en la Subdirección de Salud de Pichincha del SGSIF, en el área de Derivación los documentos administrativos y clínicos que soporta el tratamiento. A continuación se indican los pasos que se siguen:

  1. Receptar y revisar la documentación para determinar su validez y el requerimiento.
  2. Verificar el derecho en el Sistema Historia Laboral o convalidar el mecanizado de aportes, asentar el sello de Verificación del Derecho.
  3. Identificar el tipo de servicio solicitado.
  4. Consultar la Cartera de Servicios de los Proveedores Externos y definir el proveedor al que se asignará el examen o procedimiento requerido.
  5. Autorizar la Derivación a:

- Laboratorio de Especialidad
- Imagen de Especialidad
- Consultas de Especialidad y procedimientos relacionados.

6. Asignar Código de Validación Ambulatoria Física (CVAF).

7. Anexar el impreso con información del PE.

8. Registrar la derivación en el formato diseñado para el efecto.

- ***Derivación Ambulatoria – Virtual – PE – Código de Validación Ambulatoria Virtual (CVAV)***

Los Proveedores Externos brindarán consulta de I Nivel, únicamente a los afiliados que obtuvieron turno a través del Call Center. En ningún caso, se atenderá a afiliados que obtengan turno con Proveedores Externos a través de otros mecanismos distintos del Call Center, excepto en caso de emergencias.

Los Proveedores Externos utilizarán los formatos (Historia Clínica Única) diseñados y aprobados por el MSP/CONASA.

Si la patología para la cual fue obtenido el turno NO amerita referencia a unidades de mayor nivel de complejidad, el médico tratante del Proveedor Externo entregará al paciente, un resumen de la atención recibida en el formato de Consulta Externa Form. SNS-MSP/HCU 002 2008.

Si la patología para la cual fue obtenido el turno **SI** amerita referencia a unidades de mayor nivel de complejidad, sea para:

- Interconsulta de especialidad,
- Laboratorio de Especialidad,
- Imagenología de Especialidad, u
- Hospitalización;

El Proveedor Externo elaborará la Hoja de transferencia del MSP Form SNS-MSP/HCU 053, la Solicitud de examen de Laboratorio form SNS-MSP/HCU 012A y/o solicitud de imagen SNS-MSP/HCU 012A / 2008, según sea el caso.

El Proveedor Externo de I Nivel solicitará a la Subdirección Provincial Pichincha del SGSIF, vía correo electrónico, la autorización respectiva. Esta actividad es de exclusiva responsabilidad del Proveedor Externo, en consecuencia, NO SE REQUIERE, que el paciente o sus familiares acudan a la Subdirección Provincial Pichincha del SGSISF.

1. Receptar y analizar la solicitud del PE.

2. Identificar el tipo de servicio solicitado.

3. Consultar la Cartera de Servicios de los Proveedores Externos y definir el proveedor al que se asignará el procedimiento requerido.

4. Autorizar la referencia y asignar Código de Validación Ambulatoria Virtual **(CVAV)**, y comunicar el PE.

5. Registrar la derivación en el formato diseñado para el efecto.

El Proveedor Externo que refiere debe anotar el CVAV en los documentos habilitantes, tomar el turno con el Proveedor Externo de mayor complejidad y comunicar al paciente el nombre del Proveedor Externo asignado. El PE que refiere es el responsable de informar al paciente las condiciones del nuevo turno.

- ***Derivación Hospitalaria- CVH***

1. Receptar la documentación remitida por el HCAM y SOLCA y registrar en el sistema de correspondencia.
2. Revisar la documentación para determinar su validez y el requerimiento.
3. Verificar el derecho en el Sistema Historia Laboral o convalidar el mecanizado de aportes, asentar el sello de Verificación del Derecho.
4. Identificar el tipo de servicio solicitado.
5. Consultar la Cartera de Servicios de los Proveedores Externos y definir el proveedor al que se asignará el procedimiento.
6. Elaborar el oficio.
7. Asignar Código de Validación Hospitalaria **(CVH)**, imprimir el oficio; y

SI SE TRATA DE SOLCA:

8. Remitir vía electrónica los oficios en formato PDF.

SI SE TRATA DE OTRO PROVEEDOR:

9. Entregar el oficio al paciente.

10. Registrar la derivación en el formato diseñado para el efecto.

- ***De Provincia – Código Virtual de Provincial (CVP)***

  Es un proceso virtual que se desarrolla en la red, para lo cual es necesario habilitar un correo electrónico.

  La Subdirección Provincial o Departamento Provincial del SGSIF de procedencia, que deriva pacientes a Proveedores Externos ubicados en la jurisdicción de la Subdirección Provincial de Pichincha, vía correo electrónico, comunicará diariamente el listado de pacientes.

  1. Conocer el listado e identificar el tipo de servicio solicitado.

  2. Consultar la Cartera de Servicios de los Proveedores Externos y definir el Proveedor Externo al que se asignará el procedimiento.

  3. Asignar el Código de Validación de Provincias **(CVP)**.

  4. Comunicar el Código de Validación de Provincias a la Subdirección Provincial o Departamento Provincial del SGSIF de procedencia, en un plazo no mayor a un día laborable.

  5. Registrar la Derivación en el formato diseñado para el efecto.

Esta dependencia registrará, con tinta roja, en los documentos del paciente el código de validación, en la parte superior derecha del oficio.

La unidad de origen que refiere es la responsable de tomar el turno con el Proveedor Externo de mayor complejidad y de comunicar al paciente las condiciones de la atención.

- ***Derivación de Emergencia*** **– Código de Validación Emergencia Convenio (*CVEC)/* Código de Validación de Emergencia No Convenio *(CVENC)***

  (Resolución CD 317)

  La emergencia debe ser notificada a la Subdirección Provincial Pichincha del SGSIF, hasta tres días hábiles luego de producida la misma, por el afiliado o sus familiares o por el Proveedor Externo que atendió la emergencia.

  Para la notificación se utilizará el Formulario EMERG-01-2010 **"Notificación de la Emergencia"**, que se anexa a este instructivo y que se entregará en la Subdirección Provincial Pichincha. Se anexará los siguientes documentos:

  - Formulario SNS-MSP/HCU-Form 008/2008 de la HCU que entregará el Proveedor Externo.
  - Copia de la Cédula de Identidad o pasaporte del asegurado.
  - Copia del carné de jubilación o montepío, en caso de ser pensionista del IESS.
  - En caso de hijos de afiliados, menores de 18 años, partida de nacimiento o copia de cédula.

  1. Receptar la Notificación de la Emergencia.

  2. Verificar el derecho en los sistemas Historia Laboral y HOST. Imprimir la consulta para anexar a expediente.

  3. Entregar la Fe de Presentación debidamente firmada por la persona que recibe.

  4. Orientar a los afiliados sobre los siguientes pasos a seguir y entregar una Hoja de Requisitos.

  5. Verificar el cumplimiento del plazo de notificación, para determinar:

  a. Extemporánea.- se devuelve al asegurado, con oficio.

b. Dentro del plazo.- continúa el proceso.

6. Tomar, de manera inmediata, contacto con el proveedor de salud para establecer las condiciones de:

a. Autorización.- El Proveedor Externo que atendió la emergencia debe comunicar a la Subdirección Provincial Pichincha, si el afiliado o beneficiario tiene cobertura de salud de otros seguros – SOAT y/o seguro privado -, para la coordinación de beneficios; y,

b. Pago.- de conformidad con el tarifario institucional del IESS.

7. Asignar Código de Validación de Emergencia, según sea el caso:

a. Proveedor Externo de No Convenio.- Código de Validación de Emergencia No Convenio **CVENC;** o,

b. Proveedor Externo de Convenio.- Código de Validación Emergencia Convenio **CVEC)**

8. Comunicar al Proveedor Externo, el Código de Validación de Emergencia, vía correo electrónico.

El Proveedor Externo deberá imprimir el correo y anexarlo al Reclamo de Pago. En caso de Proveedores Externos de No Convenio, la Subdirección Provincial Pichincha remitirá en medio magnético el Form-SPP-004-a-2009 **"Informe de Evaluación Médica y Financiera"** para su utilización.

9. Registrar la Derivación en el formato diseñado para el efecto.

10. Receptar el Reclamo de Pago por la atención de emergencia que presentará el Proveedor Externo en el plazo de ocho (8) días hábiles luego de atendida la emergencia. Al Reclamo de Pago el PE anexará la siguiente documentación:

a. Copia de la FE DE PRESENTACIÓN de la Notificación.

b. Solicitud de Pago en el formulario elaborado para el efecto (Form-SPP-000-a-2009)

c. Copia de Cédula de Identidad o pasaporte del asegurado.

d. Copia certificada de la licencia profesional o del permiso de funcionamiento del Proveedor Externo.

e. Certificado de la cuenta bancaria y número de la cuenta del Proveedor Externo.

f. Copia certificada del expediente clínico conferido por la unidad médica donde fue atendido el paciente, que contendrá:

i. Nota de ingreso
ii. Formulario de Evolución Diaria
iii. Plan de Egreso
iv. Resultados de exámenes de laboratorio y de imagen, si fuera el caso
v. Protocolo operatorio y hoja de anestesia, en caso de cirugía
vi. Epicrisis actualizada al alta
vii. Otros documentos clínicos, según sea el caso
viii. Pre-factura (Form-SPP-005-a-2009)
ix. Copia de la factura a cargo del SOAT o de Seguro Privado, si fueron aplicados antes de la cobertura IESS
x. Informe de Evaluación Médica y Financiera Form-SPP-004-a-2009 en medio magnético

2.3.6 Reglamento para el Pago por Servicios de Salud en Casos de Emergencia Concedidos por Prestadores Externos a los Asegurados del I.E.S.S.

Art. 1.- Objeto.- Estas normas regulan el procedimiento a aplicarse para el pago de valores ocasionados por la atención médica a asegurados del Seguro General Obligatorio y voluntarios, así como a beneficiarios con derecho, atendidos en situaciones de emergencia por unidades médicas o profesionales de la salud ajenos al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

Se considera emergencia a toda contingencia de gravedad que afecta a la salud del ser humano con inminente peligro para la conservación de la vida o de la integridad física de la persona, como consecuencia de circunstancias imprevistas e inevitables.

Art. 2.- Calificación de la emergencia.- El estado de emergencia del paciente será calificado por el servicio de salud al momento de su arribo, de acuerdo con lo previsto por el artículo 10 de la Ley de Derechos y Amparo al Paciente.
Para la calificación de la emergencia de Nivel 1 y Nivel 2, se usará el sistema de priorización del daño denominado TRIAJE.

El paciente que no corresponda en los niveles de atención de emergencia señalados en el inciso anterior, deberá acudir para su tratamiento al servicio ambulatorio de los prestadores de servicios de salud registrados en el IESS, de acuerdo con los procedimientos establecidos en el “Reglamento para la Atención de Salud integral y el de los Asegurados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social”.

Art. 3.- Procedencia del pago.- De manera previa al pago, el responsable provincial del Seguro General de Salud Individual y Familiar - SGSIF, verificará que el asegurado cumpla con los requisitos establecidos en la Ley de Seguridad Social y en las normas internas correspondientes.

El pago al prestador por tas atenciones de emergencia efectuadas al afiliado, jubilado o beneficiario, se realizará hasta por el monto fijado en el Tarifario aprobado por el IESS y de conformidad con lo dispuesto en la Ley de Derechos y Amparo al Paciente y en la Ley Orgánica de Salud.

Art. 4.- Documentos para el pago.- El asegurado, por sí o por interpuesta persona, o el prestador del beneficio, deberá comunicar el hecho emergente en las dependencias provinciales de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar del IESS, mediante documento físico, internet o cualquier otro medio, hasta tres (3) días hábiles luego de producida la emergencia.

Dentro de los ocho (8) días hábiles luego de atendida la emergencia, el prestador deberá remitir al IESS los siguientes documentos:

- Solicitud de pago en el formulario elaborado por el SGSIF, adjuntando fotocopia de la cédula de identidad/ciudadanía o pasaporte del asegurado;

- Copia certificada de la licencia profesional o permiso de funcionamiento del prestador (para prestadores no calificados);
- Copia certificada del expediente clínico conferido por la unidad médica donde fue atendido el paciente, el mismo que contendrá: formulario de emergencia, protocolo operatorio y otros documentos clínicos, según el caso, y epicrisis de egreso. En caso de que el paciente continúe hospitalizado, se actualizará la epicrisis; y,
- Factura en la que se incluirán la lista de cargos por atención al paciente.

Art. 5.- Trámite de pago.- Dentro de las veinte y cuatro (24) horas de presentada la solicitud de pago, el jefe de la dependencia provincial del Seguro General de Salud Individual y Familiar - SGSIF dispondrá la auditoría de facturación para la verificación del derecho, cumplimiento de requisitos, y, pertinencia médica y de pago, informe que se presentará dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes.

De ser favorable el informe el Jefe Provincial del SGSIF ordenará su pago, que se efectuará en un término no mayor de cinco (5) días hábiles.

En caso de negarse el pago se podrá hacer la reclamación correspondiente por la vía administrativa o judicial.

Art. 6.- Montos de pago.- En el caso de prestadores que no mantengan convenio con el Seguro General de Salud individua! y Familiar, los pagos se efectuarán conforme al

Tarifario del Seguro General de Salud Individual y Familiar, excepto cuando el paciente continuare hospitalizado o sufriera complicaciones, en cuyo caso, previa la facturación de los servicios prestados, la dependencia provincial del SGSlF analizará la posibilidad de traslado a una unidad médica del lESS.

Art. 7.- Casos de aplicación de otros seguros.- El IESS no cubrirá gastos médicos generados por emergencia, Cuando Ios asegurados tuvieren protección por parte del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito SOAT u Otro seguro independiente al Seguro General de Salud Individual y Familiar; sin embargo, si los valores no fueren cubiertos en su totalidad, dicho Seguro autorizará el pago de la diferencia, mediante factura independiente, de conformidad con los montos establecidos en el Tarifario y previo el cumplimiento de los requisitos señalados en esta normativa.

Disposiciones Generales

Primera.- Cuando el asegurado reciba atención médica de prestadores que mantienen convenios con la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, se aplicará expresamente lo estipulado en los convenios.

Segunda.- Cuando del análisis de la documentación para el pago de servicios de salud por situaciones de emergencia se encontraren indicios de irregularidades o falsedad, se remitirá el expediente a la delegación de la Procuraduría General del IESS, a fin de que se inicien las acciones legales correspondientes.

Tercera.- La Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar difundirá en forma permanente y obligatoria, mediante campañas masivas de comunicación, los beneficios y los procedimientos de aplicación de esta Resolución, para lo cual se asignará los recursos económicos necesarios.

Disposiciones Transitorias

Primera.- Las solicitudes de compensación de pago por gastos médicos en situaciones de emergencia presentadas con anterioridad a la fecha de expedición de este Reglamento, se resolverán de conformidad con las normas vigentes a la fecha en que ocurrió la contingencia.

Segunda.- En casos de contingencias en situaciones de emergencia ocurridas a partir de la fecha de vigencia de este Reglamento, por las que el asegurado al IESS hubiere pagado directamente al prestador por servicios de salud, por esta sola vez y hasta por sesenta (60) días a partir de esta fecha, el Seguro General de Salud Individual y Familiar procederá a la compensación de gastos en cuanto corresponda y previa auditoría de facturación.

Tercera.- La Dirección General dispondrá a la Dirección de Desarrollo institucional para que, en coordinación con la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, en un plazo no mayor a treinta (30) días desde la aprobación de esta Resolución, desarrolle los aplicativos informáticos correspondientes para su cumplimiento.

Disposiciones Finales

Primera.- Derogase el Reglamento para Compensación de Gastos Ocasionados por Urgencias y Emergencias atendidas en Unidades de Salud ajenas al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, expedido mediante Resolución No. C.D.283 de 14 de octubre de 2009.

Segunda.- Esta Resolución entrará en vigencia a partir de la presente fecha, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial.

Tercera.- De la ejecución de la presente Resolución encárguese el Director General del IESS, el Director del Seguro General de Salud individual y Familiar y los jefes de las dependencias provinciales de dicho Seguro, dentro de sus competencias.

2.3.7 Normas técnicas y criterios para la calificación del nivel de complejidad en las unidades médicas del I.E.S.S. y demás prestadores de la salud.

Art. 1 Objetivo General: Calificar a los prestadores de salud, a fin de garantizar la calidad de la atención medica que reciba el afiliado del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, tanto en las unidades medicas institucionales como en los servicios contratados con proveedores externos.

Art. 2 Objetivos Específicos:

- Seleccionar a los prestadores médicos que cumplan con los estándares de calidad.

- Conformar la red de prestadores de salud del Seguro General de Salud Individual y Familiar del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, que incluya prestadores internos y externos.
- Establecer una base de datos comparativa de las unidades médicas capaces de cumplir con estándares o criterios selectos de estructura, proceso y resultado.
- Reforzar la confianza del usuario.
- Promover la búsqueda de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios.

Art. 7 Comisión de acreditación de prestadores de servicios de salud.- Integrada por;

- Subdirector o Jefe de Prestaciones de Salud de la Regional, o su delegado;
- Director Médico de la Unidad de mayor complejidad de la circunscripción, o su delegado; y,
- Profesional médico especialista en el servicio que es objeto de la acreditación del IESS, designado por Director de la Administradora del Seguro General de Salud individual y Familiar, de entre los profesionales de la salud que prestan servicio en Las Unidades Médicas.

Art.8 Responsabilidades de las comisiones de acreditación.- Las Comisiones de Acreditación tendrán las siguientes responsabilidades:

- Conformar los equipos de evaluación a las diferentes unidades medicas, integrado por: Medico clínico; Medico cirujano; Enfermera; ingeniero civil, Arquitecto o Técnico; Delegado del área económica.
- Conocer y resolver el informe de acreditación presentado por los equipos de evaluación;

- Emitir el informe de acreditación al Director de la Administradora del Seguro General de Salud Individual y Familiar; y,
- Conformar el equipo de evaluación de los Centros de Diálisis, integrado por: Nefrólogo, enfermera, ingeniero civil o arquitecto, trabajadora social y psicólogo.

Art.9 Responsabilidades de los equipos de evaluación.- Los equipos de evaluación tendrán las siguientes responsabilidades:

- Cumplir con rigurosidad e imparcialidad el proceso de evaluación;
- Efectuar las inspecciones a los prestadores de salud, cumpliendo el cronograma establecido por las comisiones de acreditación; y,
- Elaborar el informe de acreditación en el plazo estipulado, para conocimiento de la Comisión de Acreditación.

Art. 10 Prohibición de integrar las comisiones de acreditación y equipos de evaluación.- No podrán ser elegibles para conformar las Comisiones de Acreditación quienes:

- Sean directivos o accionistas o tengan relación laboral con los prestadores que van a ser acreditados.
- Sean parientes en segundo grado de consaguinidad o cuarto grado de afinidad con los directivos o accionistas del prestador a ser acreditado.
- Las prohibiciones estipuladas en la Ley de Contratación Pública.

IV. Del proceso de acreditación

Art. 11 El proceso de acreditación se sujetará a las siguientes etapas:

a. Etapa 1: Convocatoria.- La Dirección de la Administradora del Seguro General de Salud individual y Familiar convocará, con una periodicidad no menor a tres años a las personas naturales o jurídicas, que quisieren ser acreditados como prestadores de servicios de salud a los asegurados del IESS.

b. Etapa 2: Recepción de la documentación por parte de los prestadores.- Quince días posteriores a la Convocatoria, los prestadores de salud deberán remitir a la respectiva Subdirección o Jefatura de Prestaciones de Salud, la documentación habilitante y los formularios de autoevaluación. Los documentos deberán presentarse en formato de declaración juramentada notariada.

c. Etapa 3: Calificación de la documentación.- Las Comisiones de Acreditación analizarán los formularios de autoevaluación y la documentación habilitante remitida por las personas naturales o jurídicas acreditadas. Si los prestadores cumplen con lo estipulado en las bases de acreditación podrán ser inspeccionados, caso contrario, en un plazo de ocho días deberán presentar la documentación restante.

d. Etapa 4: Evaluación.- Constatación in situ de la calidad de las instalaciones y equipos consignados en la documentación para evaluar si cumple esos estándares de seguridad e higiene. Los equipos de evaluación se reservan el derecho de efectuar la evaluación en cualquier momento. El cumplimiento de la evaluación tendrá carácter obligatorio e involucrará las siguientes actividades:

- Observación del cuidado y los servicios proporcionados al paciente;
- Visita del edificio y sus instalaciones;

- Verificación del equipamiento disponible en la Unidad Médica y reportado por el prestador;

- Evaluación de los estándares de seguridad completa del edificio, manejo de desechos, mantenimiento, limpieza y seguridad contra incendios; y,

- Revisión de las historias clínicas de los pacientes.

e. Etapa 5: Informe de la Comisión.- Las Comisiones de Acreditación en un plazo de diez días, posteriores a la evaluación, deberán elaborar el informe de evaluación del prestador de salud. La Subdirección de Prestaciones de Salud o Jefatura de Departamento de Prestaciones de Salud, expresará su conformidad, suscribiendo la Solicitud de Evaluación de la Unidad Médica.

f. Etapa 6: Entrega del Certificado de Acreditación.- La Dirección de la Administradora del Seguro de Salud Individual y Familiar entregará al prestador el certificado de acreditación.

V. Documentos que forman parte de la calificación

Art.12 Las personas naturales y jurídicas que deseen ser acreditados como prestadores de .servicios de salud del IESS, deberán remitir la siguiente documentación:

a. Solicitud de evaluación.- Cada prestador de salud que solicite la acreditación deberá remitir el “Formulario 1: Autoevaluación”, en la cual se detallará la información general del mismo.

b. Requisitos para los prestadores.- En el formulario 2 se ha establecido un “Listado de requisitos”. El cumplimiento del literal a. Requisitos administrativos, será obligatorio para cualquier prestador de salud que desee ser calificado.

c. Recursos Humanos del Prestador de Salud.- En el Formulario 3, “Recursos Humanos del Prestador de Salud", se detallarán los datos relevantes de los principales ejecutivos que están al frente de la Unidad Médica Centro, al igual que el grupo de profesionales de la salud con sus respectivas especializaciones que permitan el desarrollo del servicio con un nivel de calidad adecuado.

d. Situación Económica - Financiera.- Para ser objeto de calificación por parte de la Comisión, los prestadores médicos con personería jurídica, deberán acreditar su capacidad financiera, para Io cual presentaran la información requerida en los siguientes formularios financieros: Balance General Auditado, Estado de Resultados o Estado de Pérdidas y Ganancias, Estado de fuentes y usos de fondos, Capital de trabajo, Variaciones de la situación financiera del proponente, Formulario de referencia bancarias, comerciales y financieras (Personas Jurídicas Privadas), Dictamen de los Estados Financieros del Auditor Externo (Formularios 4-9), correspondientes a los dos últimos períodos fiscales.

Con base en la información de los Estados Financieros se determinarán los indicadores detallados en el Anexo 4 “Calificación de la Situación Económico-Financiera”, con un puntaje de quince (15) puntos, en caso de prestadores externos y una ponderación del 5% en la calificación total.

e. Disponibilidad de Servicios.- El formulario 10 (contiene el listado de servicios v facilidades que puede ofrecer potencialmente cada unidad médica, clasificado por el nivel de complejidad correspondiente. Todas las variables tienen un puntaje similar y su ponderación representará et 30% del puntaje total, para prestadores internos y externos.

f. Infraestructura - Instalaciones Físicas.- Para calificar la infraestructura física de los prestadores de salud se diseñó el formulario 11, que incluye ciertos detalles de la Estructura, sistemas de ingeniería, instalaciones y equipos, clasificados por su nivel de complejidad. Todas las variables tienen similar puntaje estableciéndose la diferencia en la totalización de los mismos por cada tipo de prestador, el total será a su vez ponderado para que represente el 30% del puntaje total, para prestadores internos y externos.

g. Equipamiento institucional.- El formulario 12 ha sido estructurado tomando en cuenta el equipamiento de cada uno de los servicios, clasificados por nivel de complejidad. A cada equipo se le ha asignado un coeficiente técnico, que refleja el costo económico del equipo al que hace referencia; este deberá ser multiplicado por el número disponible de cada uno de esos equipos, en condiciones de uso. El puntaje total equivaldrá a la sumatoria de los puntajes parciales de los equipos y sus subtotales por servicio, cuyo valor final tendrá una ponderación del 35% en el total de la calificación, en caso de prestadores externos y para prestadores internos. Los prestadores que sobrepasen el puntaje del tabulador en esta categoría, para efectos de su ponderación emplearan el valor máximo señalado en el tabulador.

2.3.8 Introducción al Procedimiento de Pago a Prestadores Externo

2.3.8.1 Procedimiento de Pago a Prestadores Externos

Para la realización de este procedimiento se deben considerar las siguientes fases:

Tabla No. 11
Procedimiento para el pago a Prestadores Externos

Procedimientos para el Pago a Prestadores Externos	
Evaluación de Documentos / Liquidación Ambulatoria	▪ Ambulatorio
	▪ Hospitalario
	Liquidación:
	▪ Consulta Externa
	▪ Imagen
	▪ Laboratorio
	▪ Rehabilitación
	▪ Solicitud de facturas
	▪ Verificación de facturas: requisitos de ley
	▪ Entrega a proceso financiero
Evaluación Médica	▪ Consulta Externa
	▪ Hospitalización
	▪ UCI
	▪ Hemodiálisis
Liquidación Financiera Hospitalaria	▪ Liquidación expedientes hospitalarios, UCI, Hemodiálisis
	▪ Generación de planillas
	▪ Solicitud de facturas
	▪ Verificación de facturas: requisitos de ley
	▪ Entrega a proceso financiero

Fuente: Subdirección de Salud IESS, Pichincha
Elaborado: Ana María Castillo

Se deben considerar algunos criterios para su ejecución:

Tabla No. 12
Criterios según tipo de afiliación

CRITERIOS SEGÚN TIPO DE AFILIACIÓN		
Consulta Externa • Imagen • Laboratorio		
Documentos Administrativos:		
Activos:	**Jubilados / Montepío:**	**Seguro Social Campesino**
· Copia de cédula de identidad del afiliado	· Copia de cédula de identidad del afiliado	· Copia de cédula de identidad del jefe de hogar
· Copia de la cédula de ciudadanía o partida de nacimiento del beneficiario	· Copia del carnet de jubilado o montepío	· Copia de cèdula de identidad o partida de nacimiento del beneficiario con derecho
· Código de Validación o Autorización (Área de Derivación).	· Copia de la cédula de identidad o partida de nacimiento menores de a.	· Copia del documento de pago de la cuota correspondiente
· Mecanizado de aportes mensuales (no obligatorio).	· Código de Validación (Derivación)	· Solicitud de interconsulta (original y copia) firmada por el

Fuente: Subdirección de Salud IESS, Pichincha
Elaborado: Ana María Castillo

Tabla No. 13
Criterios según tipo de especialidad

CRITERIOS SEGÚN TIPO DE ESPECIALIDAD		
CONSULTA EXTERNA	**IMAGEN**	**LABORATORIO**
Agendamiento de call center	Pedido de examen	Pedido de examen
Copia de la ficha medica	Código de validación (CV)	Código de validación (CV)
Dependiendo del caso:	Informe de examen	Copia de resultados
Receta	verificar que la fecha del examen es posterior al del pedido y del cv	verificar que la fecha del examen es posterior al del pedido y del cv
Factura de farmacia	verificar que el informe corresponde al examen solicitado y tiene sello y firma del médico	verificar que el informe corresponde al examen solicitado y tiene sello y firma del médico
Pedido de imagen y/o laboratorio	Código de honorarios médicos	Si son exámenes realizados en el exterior y no se indica el nombre del examen realizado, devolver al prestador para que especifique el examen (autorización previa)
Copia de resultados de examenes	Derecho de uso de equipo (RM)	
	Medio de contraste (si es contrastada)	

Fuente: Subdirección de Salud IESS, Pichincha
Elaborado: Ana María Castillo

Tabla No. 14
Tipos de atención

TIPO DE ATENCIÓN	**Atención Ambulatoria**
	•Consulta Externa
	•Laboratorio
	•Imagen
	•Rehabilitación
	Atención Hospitalaria
	•Clínica
	•Quirúrgica (se incluye hospital del día)
	UCI
	Hemodiálisis

Fuente: Subdirección de Salud IESS, Pichincha
Elaborado: Ana María Castillo

2.3.8.2 Criterios para los Prestadores Externos por Convenio

El Prestador Externo deberá:

- Mantener el uso de los formatos ya establecidos
- Remitir expedientes físicos y en archivo digital
- Enviar los expedientes separados en atención Ambulatoria, Hospitalaria, UCI Y Hemodiálisis

Orden Cronológico por:

- Fecha de Atención

Numeración:

Se registrará el número del expediente en la parte superior derecha del mismo. El archivo digital guardará el mismo orden de los expedientes físicos.

Por cada grupo, iniciará con el 0001. Ejemplo:

Enero 2011	Atención Ambulatoria, Activos (0001 al 0015)
	Atención Ambulatoria, Voluntarios (001 al 0021)
	Atención Ambulatoria, Jubilados (001 al 0044)
	Atención Ambulatoria, SSC (001 al 0016)
Enero 2011,	Atención Hospitalaria, Activos (0001 al 0009)
	Atención Hospitalaria, Voluntarios (0001 al 020)

	Atención Hospitalaria, EC (0001 al 0018)
Enero 2011,	UCI, Montepío (0001 al 0004)
	UCI, SSC (0001 al 0007)

2.3.8.3 Políticas

- En caso de que se adjunten expedientes físicos que no consten en el digital, éstos serán devueltos al PE a través de la Evaluación de Documentos.
- En caso que en el digital consten atenciones sin que se haya enviado el respaldo físico, éstos serán eliminados del archivo digital y notificado al prestador, para que disminuya el valor enviado.
- En el caso de pacientes atendidos en consulta externa, exámenes de laboratorio, imagen y procedimientos, realizados en un período mayor a un mes, se procederá a pre facturar con un corte de cuenta mensual correspondiente a la fecha de la atención.
- En el caso de pacientes atendidos en hospitalización o UCI en un período mayor a un mes, se procederá a pre facturar con un corte de cuenta mensual.

Criterios para su ejecución dependiendo del caso:

- PROTESIS:

  Documentos: copia de las facturas de insumos de procedimientos de traumatología (artroplastia de cadera, de rodilla, cirugía de columna), cateterismo cardiaco o neurológico.

  Incremento: aplicar el 10% de incremento conforme al tarifario.

Plazo: 2 días laborables, contados a partir de la fecha de la comunicación.

Si no se presenta: se procederá a liquidar con el precio referencial del mismo, no será objeto de apelación.

- IMAGEN: En caso de no existir el respaldo físico (resultado de examen de imagen), pero exista el reporte escrito en la historia clínica, se aplicará el descuento del 25% (Resolución 276, Art. 19 Numeral 3), conforme a pertinencia médica.

2.3.8.4 Reglamento para el pago por servicios de salud en casos de emergencia concedidos por prestadores externos a los asegurados del IESS:

"Art. 1.- OBJETO.- Estas normas regulan el procedimiento a aplicarse para el pago de valores ocasionados por la atención médica a asegurados del Seguro General Obligatorio y voluntarios, así como a beneficiarios con derecho, atendidos en situaciones de emergencia por unidades médicas o profesionales de la salud ajenos al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social."

Se considera emergencia a toda contingencia de gravedad que afecta a la salud del ser humano con inminente peligro para la conservación de la vida o de la integridad física de la persona, como consecuencia de circunstancias imprevistas e inevitables.

"Art. 2.- Calificación de la Emergencia.- El estado de emergencia del paciente será calificado por el servicio de salud al momento de su arribo, de acuerdo con lo previsto por el artículo 10 de la Ley de Derechos y Amparo al Paciente. Para la calificación de la

emergencia de Nivel 1 y Nivel 2, se usará el sistema de priorización del daño denominado TRIAJE."

El paciente que no corresponda en los niveles de atención de emergencia señalados en el inciso anterior, deberá acudir para su tratamiento al servicio ambulatorio de los prestadores de servicios de salud registrados en el IESS, de acuerdo con los procedimientos establecidos en el "Reglamento para la Atención de Salud integral y el de los Asegurados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social".

"Art. 3.- Procedencia del Pago.- De manera previa al pago, el responsable provincial del Seguro General de Salud Individual y Familiar - SGSIF, verificará que el asegurado cumpla con los requisitos establecidos en la Ley de Seguridad Social y en las normas internas correspondientes."

El pago al prestador por tas atenciones de emergencia efectuadas al afiliado, jubilado o beneficiario, se realizará hasta por el monto fijado en el Tarifario aprobado por el IESS y de conformidad con lo dispuesto en la Ley de Derechos y Amparo al Paciente y en la Ley Orgánica de Salud.

"Art. 4.- Documentos para el pago.- El asegurado, por sí o por interpuesta persona, o el prestador del beneficio, deberá comunicar el hecho emergente en las dependencias provinciales de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar del IESS, mediante documento físico, internet o cualquier otro medio, hasta tres (3) días hábiles luego de producida la emergencia."

Dentro de los ocho (8) días hábiles luego de atendida la emergencia, el prestador deberá remitir al IESS los siguientes documentos:

- Solicitud de pago en el formulario elaborado por el SGSIF, adjuntando fotocopia de la cédula de identidad/ciudadanía o pasaporte del asegurado;
- Copia certificada de la licencia profesional o permiso de funcionamiento del prestador (para prestadores no calificados);
- Copia certificada del expediente clínico conferido por la unidad médica donde fue atendido el paciente, el mismo que contendrá: formulario de emergencia, protocolo Operatorio y otros documentos clínicos, según el caso, y epicrisis de egreso. En caso de que el paciente continúe hospitalizado, se actualizará la epicrisis; y,
- Factura en la que se incluirán la lista de cargos por atención al paciente.

"Art. 5.- Trámite de pago.- Dentro de las veinte y cuatro (24) horas de presentada la solicitud de pago, el jefe de la dependencia provincial del Seguro General de Salud Individual y Familiar - SGSIF dispondrá la auditoría de facturación para la verificación del derecho, cumplimiento de requisitos, y, pertinencia médica y de pago, informe que se presentará dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes."

De ser favorable el informe el Jefe Provincial del SGSIF ordenará su pago, que se efectuará en un término no mayor de cinco (5) días hábiles.

En caso de negarse el pago se podrá hacer la reclamación correspondiente por la vía administrativa o judicial.

"Art. 6.- Montos de pago.- En el caso de prestadores que no mantengan convenio con el Seguro General de Salud individua! y Familiar, los pagos se efectuarán conforme al Tarifario del Seguro General de Salud Individual y Familiar, excepto cuando el paciente continuare hospitalizado o sufriera complicaciones, en cuyo caso, previa la facturación de los servicios prestados, la dependencia provincial del SGSlF analizará la posibilidad de traslado a una unidad médica del lESS."

"Art. 7.- Casos de aplicación de otros seguros.- El IESS no cubrirá gastos médicos generados por emergencia, Cuando los asegurados tuvieren protección por parte del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito SOAT u Otro seguro independiente al Seguro General de Salud Individual y Familiar; sin embargo, si los valores no fueren cubiertos en su totalidad, dicho Seguro autorizará el pago de la diferencia, mediante factura independiente, de conformidad con los montos establecidos en el Tarifario y previo el cumplimiento de los requisitos señalados en esta normativa."

Disposiciones Generales

Primera.- Cuando el asegurado reciba atención médica de prestadores que mantienen convenios con la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, se aplicará expresamente lo estipulado en los convenios.

Segunda.- Cuando del análisis de la documentación para el pago de servicios de salud por situaciones de emergencia se encontraren indicios de irregularidades o falsedad, se

remitirá el expediente a la delegación de la Procuraduría General del IESS, a fin de que se inicien las acciones legales correspondientes.

Tercera.- La Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar difundirá en forma permanente y obligatoria, mediante campañas masivas de comunicación, los beneficios y los procedimientos de aplicación de esta Resolución, para lo cual se asignará los recursos económicos necesarios.

Disposiciones Transitorias

Primera.- Las solicitudes de compensación de pago por gastos médicos en situaciones de emergencia presentadas con anterioridad a la fecha de expedición de este Reglamento, se resolverán de conformidad con las normas vigentes a la fecha en que ocurrió la contingencia.

Segunda.- En casos de contingencias en situaciones de emergencia ocurridas a partir de la fecha de vigencia de este Reglamento, por las que el asegurado al IESS hubiere pagado directamente al prestador por servicios de salud, por esta sola vez y hasta por sesenta (60) días a partir de esta fecha, el Seguro General de Salud Individual y Familiar procederá a la compensación de gastos en cuanto corresponda y previa auditoría de facturación.

Tercera.- La Dirección General dispondrá a la Dirección de Desarrollo institucional para que, en coordinación con la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, en un plazo no mayor a treinta (30) días desde la aprobación de esta

Resolución, desarrolle los aplicativos informáticos correspondientes para su cumplimiento.

Disposiciones Finales

Primera.- Derogase el Reglamento para Compensación de Gastos Ocasionados por Urgencias y Emergencias atendidas en Unidades de Salud ajenas al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, expedido mediante Resolución No. C.D.283 de 14 de octubre de 2009.

Segunda.- Esta Resolución entrará en vigencia a partir de la presente fecha, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial.

Tercera.- De la ejecución de la presente Resolución encárguese el Director General del IESS, el Director del Seguro General de Salud individual y Familiar y los jefes de las dependencias provinciales de dicho Seguro, dentro de sus competencias.

2.3.8.5 Sistema de Priorización de Emergencias Hospitalarias

Existe dificultad para la definición del tipo de emergencias y por esta razón es necesario establecer el TRIAJE que es un proceso de clasificación tanto, para los que acuden a un Servicio de Emergencias hospitalario en los hospitales u otras unidades ambulatorias con este servicio, por lo general es realizado por personal médico y de enfermería.

El triaje es la primera actividad que debe realizar el personal asistencial, a cargo de un profesional de salud capacitado y acreditado.

La tendencia actual, en la mayoría de los hospitales, es la de establecer 5 niveles de gravedad, según la posible demora en su atención, que son:

- Nivel 1 La atención por el médico de forma inmediata.
- Nivel 2 La atención por el médico puede demorarse 10 minutos.
- Nivel 3 La atención por el médico puede demorarse 1 hora.
- Nivel 4: La atención por el médico puede demorarse 2 horas.
- Nivel 5: La atención por el médico puede demorarse cuatro horas.

En caso que no pudiera cumplirse con estos tiempos se debe repetir la valoración del paciente. Los programas referidos, aunque engloban el nivel extra-hospitalario, no reflejan las características diferentes en este medio.

2.4 Marco Legal

Al amparo de la Constitución Política de la República, que en su artículo 32 señala **"La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos…."**, así como en el artículo 34 que expresa **"El derecho a la seguridad social es un derecho irrenunciable de todas las personas, y será deber y responsabilidad primordial del Estado…"**, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad

Social a través del Seguro General de Salud Individual y Familiar viene impulsando un modelo de atención integral que pretende solucionar las necesidades de atención de salud de la población afiliada y se basa en los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiaridad, suficiencia, transparencia y participación, señalados en el citado artículo 34 de la Constitución de la República.

De su parte, la **Ley Orgánica de Salud**, establece:

Artículo 1.- "…regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley…".

Artículo 2.- "Todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud para la ejecución de las actividades relacionadas con la salud, se sujetarán a las disposiciones de esta Ley, sus reglamentos y las normas establecidas por la autoridad sanitaria nacional."

Artículo 7.- "Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:

Literal a).- Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud;

Literal b).- Tener una historia clínica única redactada en términos precisos, comprensibles y completos; así como la confidencialidad respecto de la información en ella contenida y a que se le entregue su epicrisis;

Literal j).- Ser atendida inmediatamente con servicios profesionales de emergencia, suministro de medicamentos e insumos necesarios en los casos de riesgo inminente para la vida, en cualquier establecimiento de salud público o privado, sin requerir compromiso económico ni trámite administrativo previos;"

Artículo 22.- "Los servicios de salud, públicos y privados, tienen la obligación de

atender de manera prioritaria las emergencias obstétricas y proveer de sangre segura cuando las pacientes lo requieran, sin exigencia de compromiso económico ni trámite administrativo previo."

Artículo 186.- "Es obligación de todos los servicios de salud que tengan salas de emergencia, recibir y atender a los pacientes en estado de emergencia. Se prohíbe exigir al paciente o a las personas relacionadas un pago, compromiso económico o trámite administrativo, como condición previa a que la persona sea recibida, atendida y estabilizada en su salud.

El Artículo 7 de la Ley de Derechos y Amparo al Paciente del 2008, señala:

"Artículo 7.-SITUACION DE EMERGENCIA.- Es toda contingencia de gravedad que afecte a la salud del ser humano con inminente peligro para la conservación de la vida o de la integridad física de la persona, como consecuencia de circunstancias imprevistas e inevitables, tales como: choque o colisión, volcamiento u otra forma de accidente de tránsito terrestre, aéreo o acuático, accidentes o infortunios en general, como los ocurridos en el medio de trabajo, centros educativos, casa, habitación, escenarios deportivos, o que sean el efecto de delitos contra las personas como los que producen heridas causadas con armas cortopunzantes, de fuego, contundentes, o cualquiera otra forma de agresión material".

"Artículo 8.-Todo paciente en estado de emergencia debe ser recibido inmediatamente en cualquier centro de salud, público o privado, sin necesidad de pago previo".

"Artículo 9.- Se prohíbe a los servicios de salud públicos y privados exigir al paciente en estado de emergencia y a las personas relacionadas con el, que presenten cheques,

tarjetas de crédito, pagarés a la orden, letras de cambio u otro tipo de documento de pago, como condición previa a ser recibido, atendido y estabilizado en su salud.

Tan pronto como el paciente haya superado la emergencia y se encuentre estabilizado en sus condiciones físicas, el centro de salud tendrá derecho para exigir al paciente o a terceras personas relacionadas con el, el pago de los servicios de salud que recibió".

"Artículo 10.- El estado de emergencia del paciente será calificado por el centro de salud al momento de su arribo".

"Artículo 11.- Los valores no recuperados por el centro de salud por la atención a un paciente en estado de emergencia, podrán deducirse del impuesto a la renta de conformidad con las disposiciones de la Ley de Régimen Tributario Interno".

"Artículo 12.- Bajo ningún motivo un centro de salud podrá negar la atención de un paciente en estado de emergencia".

El centro de salud que se negare a atender a un paciente en estado de emergencia será responsable por la salud de dicho paciente y asumirá solidariamente con el profesional o persona remisa en el cumplimiento de su deber, la obligación jurídica de indemnizarle los daños y perjuicios que su negativa le cause.

"Artículo 13.-Los responsables de un centro de salud que se negaren a prestar atención a pacientes en estado de emergencia, serán sancionados con prisión de 12 a 18 meses y, en caso de fallecimiento del paciente desatendido, con prisión de 4 a 6 años".

La **Ley de Seguridad Social**, de su parte señala que:

Artículo 111.- "La dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar es el Órgano ejecutivo encargado del aseguramiento colectivo de los afiliados y jubilados contra las contingencias amparadas en esta Ley. Comprará servicios de salud a las

unidades médicas del IESS y otros prestadores, públicos o privados, debidamente acreditados, mediante convenios o contratos, cuyo precio será pagado con cargo al Fondo Presupuestario de Salud, de conformidad con el Reglamento General de esta Ley".

Artículo 140.- "La compra de servicios de salud a las unidades médicas del IESS y a otros prestadores se hará mediante contrato entre la Administradora del Seguro Social Campesino y la Administradora del Seguro General de Salud Individual y Familiar" y que,

Artículo 141.- "La dirección del Seguro Social Campesino es el Órgano ejecutivo encargado del aseguramiento, la prestación y la compra de servicios de salud, y la entrega de prestaciones monetarias, con cargo al Fondo Presupuestario del Seguro Social Campesino". 2.4.1

2.4.1 Comentario

La ley expuesta da como principal objetivo la protección del individuo que pertenece a una sociedad cuidado de su salud, contra las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos de trabajo, discapacidad, cesantía, invalidez, vejez y muerto. Para esto el asegura deberá cumplir con una serie de reglamentos para tal seguro, como para acceder al servicio del mismo, este seguro es obligatorio para todo el territorio nacional, este deberá abastecer a todos los asegurados con un servicio de eficiente, actualmente se encuentra en un proceso de transformación que a futuro se convertirá en una aseguradora moderna, técnica con personal eficiente. Para el cumplimiento de la Ley se deberá

mejorar el servicio de atención medica con la incorporación y reestructuración de procedimientos técnicos como de infraestructura de los centro de atención.

Con las nuevas políticas creadas por los actuales responsables de este seguro se pretende mejorar un sistema que ha estado desde hace años anteriores mal gestionado por parte de anteriores gobiernos, por tanto el proceso de reestructuración será demoroso pues cada vez el incremento de los individuos hacia este seguro es mayor. Se está dando un alto nivel de prioridad a la Protección Salud por parte del Primer Mandatario, para este sector vulnerable como es la Salud de los individuos.

2.5 Hipótesis

2.5.1 Hipótesis General

La evaluación del proceso de pago a prestadores externos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, permitirá determinar los problemas existentes y plantear posibles soluciones.

2.5.2 Variables de Investigación

Prestadores Externos.- Es aquella que se encarga del estudio y análisis de los riesgos en las instalaciones (Variable Dependiente).

IESS.- Es el espacio donde desarrollan sus actividades el personal y los pacientes (Variable Independiente).

2.5.3 Medición de Variables

Tabla No. 15
Medición de variables

VARIABLES	CUALITATIVA	CUANTITATIVA
Prestadores Externos	X	
IESS		X

Fuente: SGSIF
Elaborado: Ana María Castillo

2.5.4 Tratamiento y Análisis

La información que se obtenga será utilizada para validar el proceso de pago a prestadores externos calificados al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Metodología

Para la investigación del presente proyecto se utilizarán los métodos de observación y de campo.

3.1.1. De observación, de campo, documental

Están basados en la utilización del pensamiento en sus funciones de deducción, análisis y síntesis. En los métodos de observación el investigador actúa como observador y se familiariza con el lugar para posteriormente volverse participante activo, desarrollar un plan de muestreo de eventos y seleccionar las posiciones para llevar a cabo la observación, para ello se recaba información referida al ambiente, los participantes, sus actividades e interacciones, la frecuencia y duración de los eventos para ir tomando "notas de campo", "notas de observación", "notas teóricas", "notas metodológicas" y "notas personales", obteniendo así información sobre la dinámica de grupo y el fenómeno a estudiar.

Mientras que también se utilizará el método documental con el objetivo de documentar la mayor información posible para avalar la investigación y por ende soportar la viabilidad del proyecto de la creación de la empresa de producción de ropa de invierno.

3.1.2. Investigación Explorativa

Es la investigación que se realiza con el propósito de destacar los aspectos fundamentales de una problemática determinada y encontrar los procedimientos adecuados para elaborar una investigación posterior. Es útil desarrollar este tipo de investigación porque, al contar con sus resultados, se simplifica abrir líneas de investigación y proceder a su consecuente comprobación.

Es aquella que se efectúa sobre un tema u objeto desconocido o poco estudiado, por lo que sus resultados constituyen una visión aproximada de dicho objeto, es decir, un nivel superficial de conocimiento. Puede ser dirigido a la formulación más precisa de un problema de investigación, dado que se carece de información suficiente y de conocimientos previos del objeto de estudio, o conducentes al planteamiento de una hipótesis: cuando se desconoce al objeto de estudio resulta difícil formular hipótesis acerca del mismo.

3.1.3. Investigación Descriptiva

La investigación descriptiva es aquella que utiliza el método de análisis, con el fin de lograr caracterizar un objeto de estudio o una situación concreta, señalar sus características y propiedades. Combinada con ciertos criterios de clasificación sirve para ordenar, agrupar o sistematizar los objetos involucrados en el trabajo indagatorio. Al igual que la investigación que se ha descrito anteriormente, puede servir de base para investigaciones que requieran un mayor nivel de profundidad.

El objetivo de la investigación descriptiva consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas que están relacionadas directa o indirectamente con el proceso. La meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables.

3.1.4. Investigación Explicativa

Esta investigación requiere la combinación de los métodos analítico y sintético, en conjugación con el deductivo y el inductivo, pues trata de responder o dar cuenta de los por qué del objeto que se investiga.

Se encarga de buscar el por qué de los hechos mediante el establecimiento de relaciones causa-efecto. En este sentido, los estudios explicativos pueden ocuparse tanto de la determinación de las causas, como de los efectos (investigación experimental), mediante la prueba de hipótesis. Sus resultados y conclusiones constituyen el nivel más profundo de conocimientos.

3.2 Población y Muestra

3.2.1 Población

Una población es el conjunto de todos los elementos que se está estudiando, acerca de los cuales se intenta sacar conclusiones. El tamaño de la población es la cantidad de

elementos de esta, las poblaciones pueden ser finitas e infinitas. Los datos obtenidos de una población pueden contener toda la información que se desee de ella.

Una población está determinada por sus características definitorias. Por lo tanto, el conjunto de elementos que posea esta característica se denomina población o universo. Población es la totalidad del fenómeno a estudiar, donde las unidades de población poseen una característica común, la que se estudia y da origen a los datos de la investigación.

Toda investigación tendrá como elemento principal la definición del límite de su alcance, esto resulta de vital importancia cuando los recursos y tiempo para elaborar la factibilidad de la empresa es limitada, por tanto, el considerar sólo una parte de la población siempre tendrá sus ventajas.

3.2.2 Muestra

Muestra es un subconjunto, extraído de la población (mediante técnicas de muestreo), cuyo estudio sirve para inferir características de toda la población.

La muestra debe obtener toda la información deseada para tener la posibilidad de extraerla, esto sólo se puede lograr con una buena selección de la muestra y un trabajo muy cuidadoso y de alta calidad en la recogida de los datos.

Para encontrar el tamaño de la muestra se utilizará la fórmula de Muestra de Poblaciones Finita, la fórmula es la siguiente:

$$n = \frac{p * q * Z^2 * N}{e^2 (N-1) + \left(p * q * Z^2\right)}$$

Donde:

z = Coeficiente de confianza

N = Población

p = Probabilidad a favor

q = Probabilidad en contra

e = Error de estimación

En la Reingeniería del Proceso se aplicó esta fórmula para el levantamiento de la información a través de la aplicación de encuestas a la muestra resultante. (Ver Anexo 3)

3.3 Técnica Para Investigación

Una vez seleccionado el diseño de investigación y las muestras adecuadas de acuerdo con el problema de estudio e hipótesis, la siguiente etapa consiste en recolectar los datos pertinentes sobre las variables involucradas en la investigación. Para la tarea de recopilación de datos, existen numerosos procedimientos; sin embargo, para la presente investigación se establece utilizar la encuesta y entrevista personal como instrumentos para la recolección de datos.

Una encuesta es un estudio observacional en el cual el investigador no modifica el entorno ni controla el proceso que está en observación (como sí lo hace en un experimento). Los datos se obtienen a partir de realizar un conjunto de preguntas

normalizadas dirigidas a una muestra representativa o al conjunto total de la población estadística en estudio, formada a menudo por personas, empresas o entes institucionales, con el fin de conocer estados de opinión, características o hechos específicos. El investigador debe seleccionar las preguntas más convenientes, de acuerdo con la naturaleza de la investigación. La encuesta se usa para obtener información de una muestra de individuos. Esta "muestra" es usualmente sólo una fracción de la población bajo estudio.

La entrevista es un acto de comunicación oral que se establece entre dos o más personas (el entrevistador y el entrevistado o los entrevistados) con el fin de obtener una información o una opinión, o bien para conocer la personalidad de alguien. En este tipo de comunicación oral se debe tener en cuenta que, aunque el entrevistado responde al entrevistador, el destinatario es el público que está pendiente de la entrevista.

Según Alonso: la entrevista es un proceso comunicativo por el cual el investigador extrae una información de una persona (el informante), contenida en la biografía de ese interlocutor.

CAPITULO 4

VALORACIÓN DEL PROCESO PAGOA A PRESTADORES EXTERNOS DE LA SUBDIRECCIÓN DE SALUD IESS

4 Valoración del Proceso

4.1 Introducción

La Subdirección del IESS de Pichincha tiene un alto porcentaje de convenios firmados con prestadores de salud externos que ofrecen diferentes servicios para tratar las distintas enfermedades.

Para que el prestador de salud tenga una acuerdo con el IESS este tendrá que ser acreditado, cumplir con todos los requerimientos propicios, ya que todo prestador de salud pueden participar en las acreditaciones, luego de haber presentado todo lo requerido se le visitará al mismo para ser acreditado cumpliendo con las normas de salud vigentes se le calificara el nivel que este tiene: nivel I normal, nivel II bueno, nivel III muy bueno nivel IV excelente o nivel I y II cuando tiene alguna especialidad, o servicio que cumpla con una buena tecnología y más aun sea escasa puede ofrecer consulta externa y tiene laboratorio o imagen o terapia intensiva por lo tanto se procederá a ser calificado en consulta externa como nivel uno y en laboratorio nivel I y II esto influye en el pago Metrored fue calificado de esta manera.

Con el Prestador de Salud se procederá a negociar para firmar un acuerdo con un porcentaje de pago anticipado como es el 75%, 80%, 85%, 90%, 95%, 100% esto varía dependiendo de la confiabilidad del prestador. El acuerdo puede ser por un año o seis mese cuando el acuerdo haya finalizado se podrá subir el nivel del porcentaje o disminuirlo para esto se realiza Auditoria Medica de la documentación ingresada en el transcurso del año se verificará el porcentaje de error que ha tenido el prestador. Para esto el prestador entregara la documentación pertinente con todo lo requerido dando le un número de trámite por tipo de afiliado, para que este proceda inmediatamente a facturar con el número de trámite y al porcentaje acordado del total ingresado.

Para esto se explicara todo el proceso de Pago a Prestadores Externos.

4.2 Proceso: Recepción de la Documentación de los Prestadores Externos de Salud

Se inicia con la entrega de la documentación por parte de los prestadores, del primero al diez lo ambulatorio del quince al veinticinco lo hospitalario, se procede a la verificación del archivo plano en caso de ambulatorio, en cuanto a los expedientes de hospitalario se verifica los formatos establecidos.

4.1.2. Contabilización de los expedientes

Se inicia contando los expedientes por tipo de beneficiario activo, jubilado, montepío y seguro social campesino para constatar el número de expedientes que van ingresar y el

valor de los mismos, en caso de ser un número significativo se toma una muestra por cada paquete, esto por lo general ocurre con el prestador de Metrored, en caso de no coincidir el prestador tendrá que rectificar, tanto en valores como en expedientes.

4.1.3. Entrega de formatos

Una vez verificado se procede a la recepción de la documentación el prestador deberá adjuntar una solicitud de pago, detallada a continuación:

Gráfico No. 4
Solicitud de Factura

SOLICITUD DE FACTURA

(uso interno/externo)

Para:	**SUBDIRECTOR PROVINCIAL PICHINCHA SGSIF**
De:	RADIOLOGOS ASOCIADOS
Fecha:	06/08/2011

Por medio de la presente me permito adjuntar la documentación respectiva, para el pago de valores no cancelados correspondientes al mes de ...JULIO

Solicito disponer a quien corresponda se realice el trámite respectivo para la revisión y cancelación del valor, según el siguiente detalle:

Nº de Trámite	Nº Expedientes	Valor
ACTIVOS	607	3.462,64
TOTAL	**607**	**3.462,64**

f. Proveedor de Salud	f. Recepción SPP

Observaciones:

Fuente: Subdirección de Salud IESS, Pichincha
Elaborado: SGSIF

Deberán adjuntar el detallado por tipo de afiliado con el porcentaje según acuerdo este es el formato para entrega de facturas:

Tabla No. 16
Formato para Entrega de Facturas

NOMBRE PROVEEDOR: RADIOLOGOS ASOCIADOS
TRAMITE :

FECHA DE ATENCION	FECHA DE INGRESO A EV. DOC	TIPO DE AFILIADO	NUMERO DE EXPEDIENTES	VALOR TOTAL EN $	VALOR A FACTURAR / ACUERDO 95%
jul-11	06-ago-11	ACTIVOS	607	3465,64	3292,358
		TOTAL	607		**3,292,36**
		No. FACTURA			

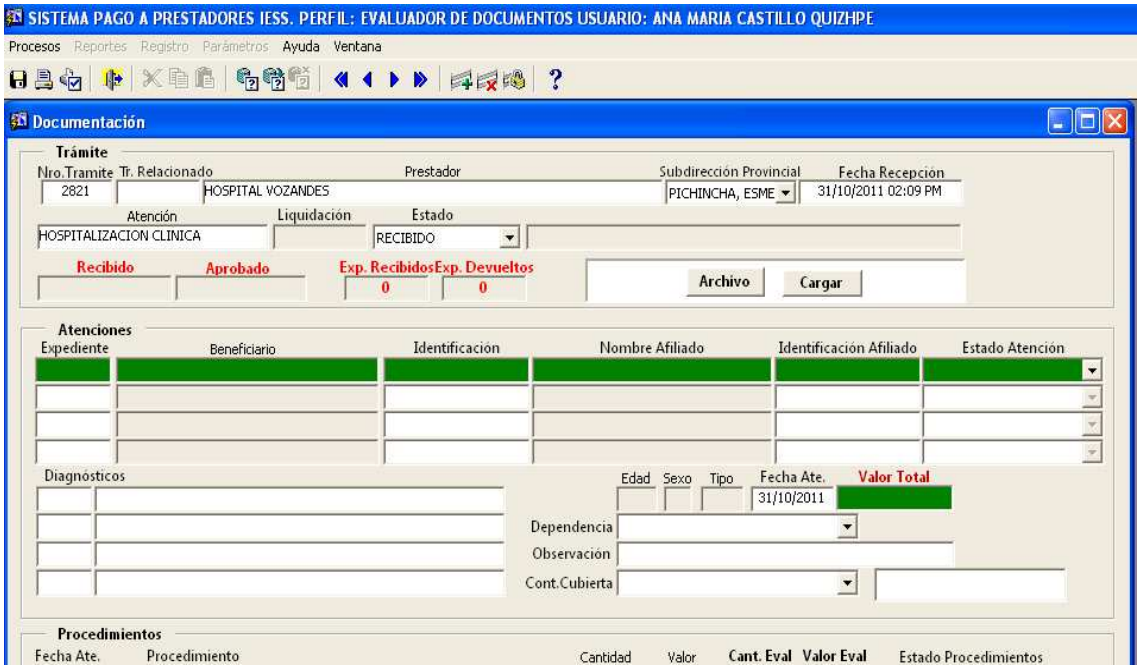
NOTA: NO INCLUYE EXPEDIENTES DE SEGURO SOCIAL CAMPESINO

Fuente: Subdirección de Salud IESS, Pichincha
Elaborado: SGSIF

4.1.4. Asignación del número de trámite

Para la asignación de los trámites esto hace referente por tipo de afiliado como es activo se le asignará el número de trámite 2011-0001, jubilado 2011-0002, montepío 2011-0003, seguro social campesino 2011-0004, para generar el numero de trámite se sube al sistema del SOAM:

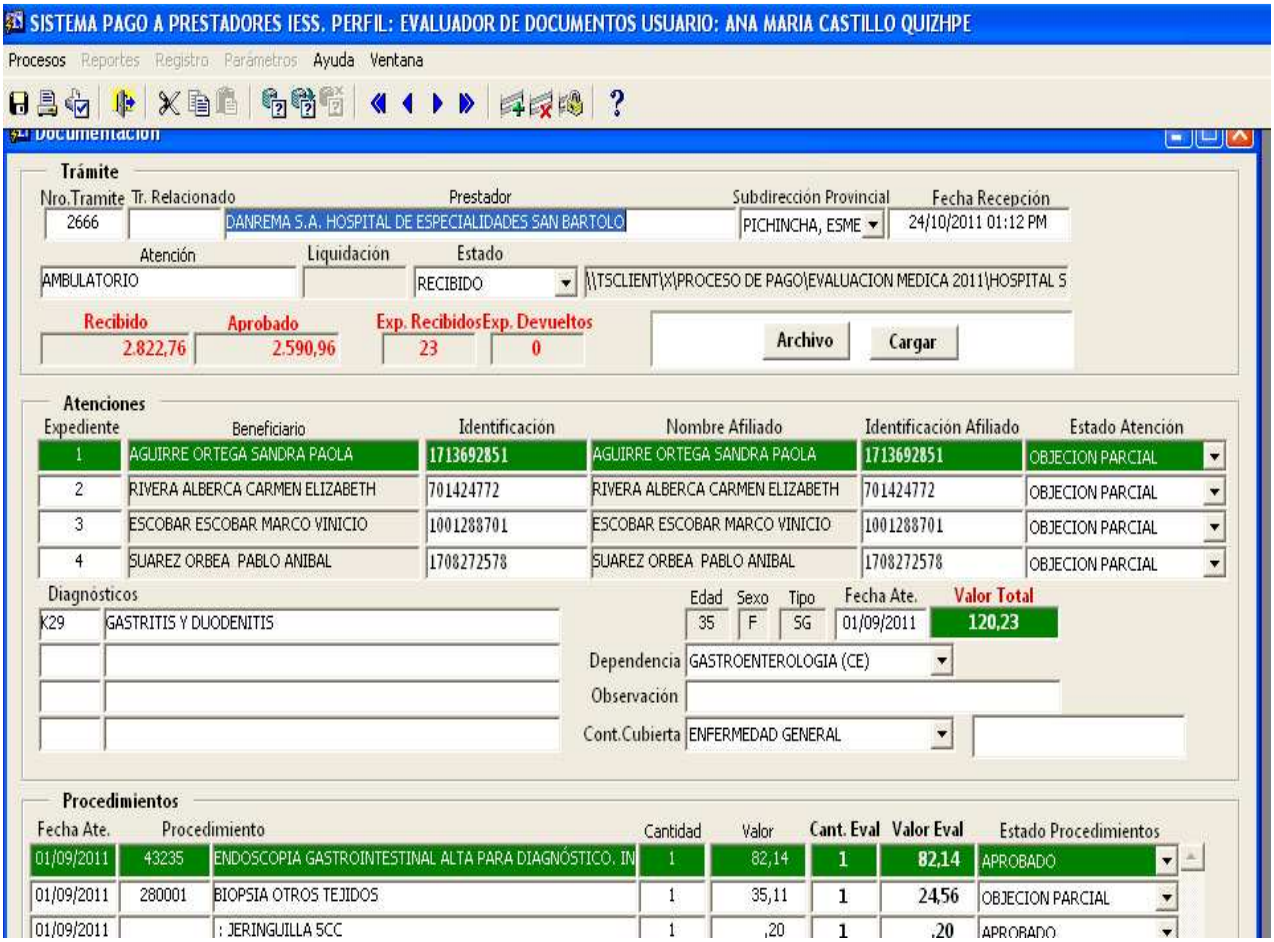
Gráfico No. 5
SOAM / Asignación de Número de Trámite



Fuente: Subdirección de Salud IESS, Pichincha
Elaborado: SGSIF

En caso de Ambulatorio se cargara el Archivo plano a continuación un ejemplo del prestador de Salud San Bartolo, laboratorio:

Gráfico No. 6
SOAM / Almacenamiento del Archivo Plano



Fuente: Subdirección de Salud IESS, Pichincha

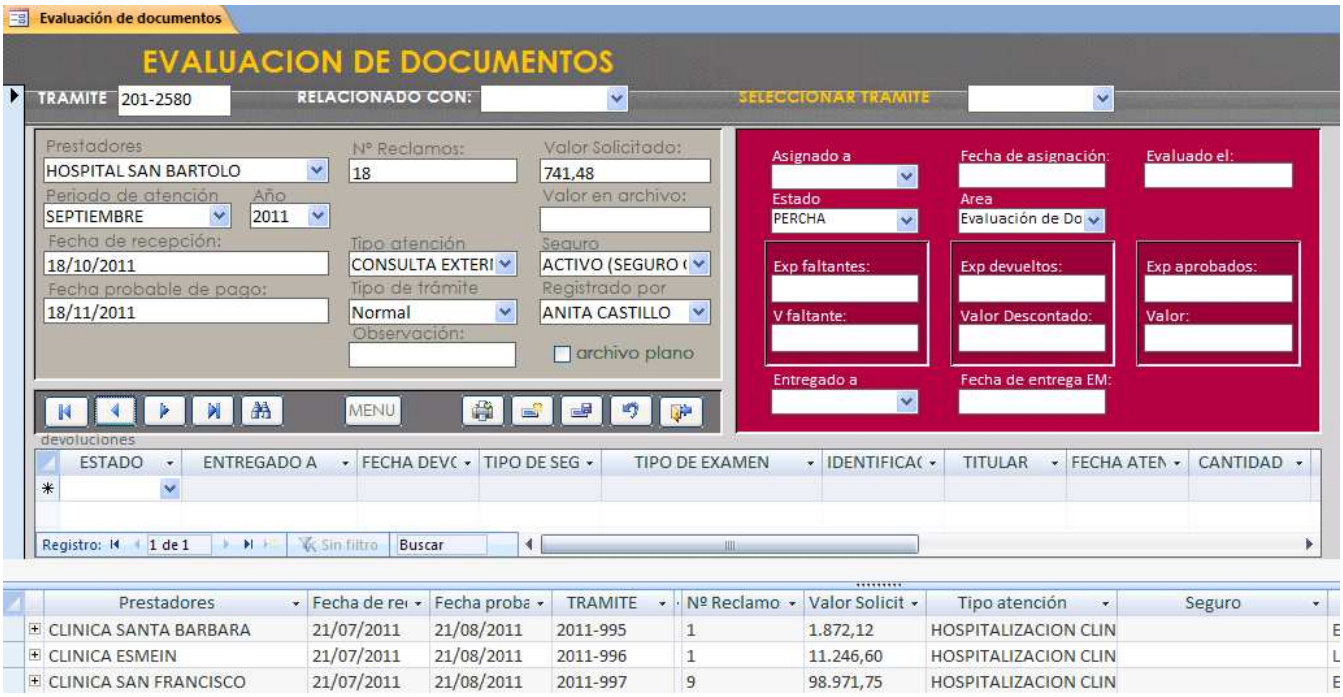
Elaborado: SGSIF

4.1.5. Constancia de Recepción

Para esto procedimiento se subirá la información de cada trámite en la Bitácora se llena los siguientes campos:

- Nombre del Prestador
- Número de Reclamos
- Valor Solicitado
- Periodo de Atención
- Año de Atención
- Fecha de Recepción
- Tipo de Atención
- Tipo de Beneficiario
- Fecha probable de pago
- Tipo de Tramite
- Nombre de la Persona que Registro

Gráfico No. 7
Bitácora /Evaluación de Documentos, Registro de la Información



Fuente: Subdirección de Salud IESS, Pichincha

Elaborado: SGSIF

Luego se procede a subir la información de cada trámite a la Bitácora se imprime el formato establecido, se sella la Solicitud de Factura, el formato para entrega de facturas y el formato de Recepción de Solicitud de Pago, se procede a entrega al prestador esta es la constancia de recepción:

Tabla No. 17
Formato de Recepción de Documentación

RECEPCION DE SOLICITUD DE PAGO	
(uso interno/externo)	
PROVEEDOR	**RADIOLOS ASOCIADOS**
Nº de Oficio	2011-0001
Fecha de Recepción de la solicitud	06/08/2011
Nº de Expedientes	607(Activos)
Fecha Probable de Pago	
SR. PROVEEDOR:	
1. Se le notifcará en fecha oportuna el monto por el cual usted deberá presentar la factura correspondiente	
2. El monto final de la factura será aquel que ha sido debidamente evaluado, procesado y validado para la liquidación	
3. Si el monto no coincide con su prefactura presentada, la diferencia será porque los valores no incluidos necesitan de justificaciones médicas y financieras.	
4. En el caso que su situación corresponda al punto 3, usted podrá realizar el reclamo correspondiente presentando los justifcativos a través de carta que será receptada y resuelta en los 30 dias posteriores a la fecha de recepción de su reclamo.	
Aquí va el sello de Recepción de Documentación	
f. RECEPCION DE SOLICITUD DE PAGO	**f. PROVEEDOR**
	2011-0001

Fuente: Subdirección de Salud IESS, Pichincha
Elaborado: SGSIF

Con estos documentos el prestador de salud pueda entregar las facturas según acuerdo.

4.1.6. Almacenamiento de Información

Se graba la información en la carpeta pública de Evaluación de Documentos, se ubica al prestador de salud (Rádialos Asociados) se crea una nueva carpeta con el número de trámite asignado y se procede a grabar la información en el caso de ambulatorio primero se carga la información para subir al sistema del SOAM (Grafico No 6).

Con esto concluye la recepción de la documentación, para luego proceder a marcar la documentación con el número de trámite asignado, nombre del prestador, se lleva esta documentación al archivo se la coloca en el espacio asignado al prestador en este caso Radiólogos Asociado, lo mismo ocurre con el CD se apunta el número de trámite y se procede a archivar.

4.2. Proceso: Entrega de Facturas según Acuerdo

Para que los prestadores puedan facturar de manera anticipada se firmo acuerdos con cada uno de los prestadores en los que se detalla desde el mes que iniciara a facturar hasta el mes que concluirá, al porcentaje acordado a continuación se detalla algunos acuerdos como referencia:

Contrato firmado con el prestador de ABEI

QUITO, 9 DE AGOSTO DEL 2011

ACUERDO ABEI

1. Forman parte del acuerdo los trámites correspondientes a las atenciones brindadas en los meses de:

MES DE ATENCION	No. TRAMITE
MARZO	2011-471
ABRIL	2011-615
MAYO	2011-756
JUNIO	2011-1001

   Adicionalmente, serán parte del acuerdo los trámites que ingresarán por atenciones brindadas desde el mes de julio del presente en adelante.

2. La Subdirección se compromete a pagar el 95% por trámite receptado, en función del histórico de objeciones, el cual estará clasificado por mes y por tipo de beneficiario. Este pago se realizará mediante el ingreso de cada trámite en Evaluación de Documentos y luego de su verificación en la documentación física el ABEI podrá emitir la respectiva factura por el monto presentado.
3. Todos los trámites pasarán por el proceso de evaluación de documentos, pertinencia médica y liquidación; luego de lo cual para la conciliación de cuentas y cierre de la facturación total se solicitará nota de crédito o factura como corresponda de conformidad con la liquidación final.

4. La Fundación ABEI deberá adjuntar las especificaciones de trámite ingresado, identificado por mes de atención, clasificado por tipo de beneficiario (activos y voluntarios, jubilados, montepío) número de expedientes y monto solicitado de cada grupo por tipo de beneficiario.
5. Para este acuerdo no se incluirán los expedientes que corresponden al Seguro Social Campesino. Estos se ingresarán y se procesarán como trámite regular hasta su liquidación y despacho al Seguro Social Campesino, quienes se encargarán de solicitar la factura respectiva
6. Las apelaciones del 2010 y 2011 sólo se apelarán una vez, se entregarán en 15 días laborables posteriores a la notificación y se cancelarán en máximo 30 días laborables después de recibida la apelación.
7. Entregará el procedimiento de facturación del IVA en insumos y medicamentos para el histórico.

Dra. Nilda Villacrés Avilés
SUBDIRECTORA PROVINCIAL DE SALUD PICHINCHA, STO. DGO. ESMERALDAS

Gladys Almeida de Franco
RESIDENTA FUNDACION ABEI

Contrato firmado con AXXISCAN S.A.

ORIGINAL SUBDIRECCION

QUITO, 6 DE OCTUBRE DEL 2011

ACUERDO AXXISCAN S.A.

1. AXXISCAN S.A. forma parte de la red de prestadores externos de salud del IESS.

2. Esta Subdirección se compromete a pagar el 90% por trámite receptado, en función del histórico de objeciones, el cual estará clasificado por mes y por tipo de beneficiario. Este pago se realizará mediante el ingreso de cada trámite en Evaluación de Documentos y luego de su verificación en la documentación física, AXXISCAN S.A. podrá emitir la respectiva factura por el porcentaje acordado.

3. Todos los trámites pasarán por el proceso de evaluación de documentos, pertinencia médica y liquidación; luego de lo cual para la conciliación de cuentas y cierre de la facturación total se solicitará nota de crédito o factura, como corresponda, de conformidad con la liquidación final.

4. AXXISCAN S.A deberá adjuntar las especificaciones de trámite ingresado, identificado por mes de atención, clasificado por tipo de beneficiario (activos y voluntarios, jubilados, montepío) número de expedientes y monto solicitado de cada grupo por tipo de beneficiario.

5. Las apelaciones que aun no han sido solicitadas y las demás apelaciones correspondientes a nuevos trámites, sólo se apelarán una vez, se entregarán en 15 días laborables posteriores a la notificación y se cancelarán en máximo 30 días laborables después de recibida la apelación.

6. Se incluirán los expedientes que corresponden al Seguro Social Campesino, los cuáles ingresarán como un trámite separado, siguiendo el mismo procedimiento mencionado en los numerales 2, 3 y 5 del presente acuerdo

7. Forman parte de este acuerdo todos los expedientes que han ingresado a esta Subdirección desde la fecha de la firma del convenio, esto es, 22 de junio de 2011; y todos aquellos que ingresarán a partir de la fecha de suscripción del presente acuerdo

Dra. Nilda Villacrès Avilés	Dr. Fernando Haro Ortuño
SUBDIRECTORA PROVINCIAL DE SALUD PICHINCHA, STO. DGO. ESMERALDAS	REPRESENTANTE LEGAL AXXISCAN S.A.

Contrato firmado con CEFAVIS

QUITO, 23 DE AGOSTO DEL 2011

ACUERDO CENTRO FAMILIAR DE VIDA SANA - CEFAVIS

1. La Subdirección se compromete a pagar el 80% por trámite receptado, el cual estará clasificado por mes y por tipo de beneficiario. Este pago se realizará mediante el ingreso de cada trámite en Evaluación de Documentos y luego de su verificación en la documentación física CEFAVIS podrá emitir la respectiva factura por el monto presentado.

2. Todos los trámites pasarán por el proceso de evaluación de documentos, pertinencia médica y liquidación; luego de lo cual para la conciliación de cuentas y cierre de la facturación total se solicitará nota de crédito o factura como corresponda de conformidad con la liquidación final.

3. CEFAVIS deberá adjuntar las especificaciones de trámite ingresado, identificado por mes de atención, clasificado por tipo de beneficiario (activos y voluntarios, jubilados, montepío) número de expedientes y monto solicitado de cada grupo por tipo de beneficiario.

4. Para este acuerdo no se incluirán los expedientes que corresponden al Seguro Social Campesino. Estos se ingresarán y se procesarán como trámite regular hasta su liquidación y despacho al Seguro Social Campesino, quienes se encargarán de solicitar la factura respectiva

5. Las apelaciones del 2011 sólo se apelarán una vez, se entregarán en 15 días laborables posteriores a la notificación y se cancelarán en máximo 30 días laborables después de recibida la apelación.

Dra. Nilda Villacrés Avilés	Ing. Jenny Miranda
SUBDIRECTORA PROVINCIAL DE SALUD PICHINCHA, STO. DGO. ESMERALDAS	GERENTE GENERAL CEFAVIS

Por medio de estos acuerdos todos los prestadores de salud que tengan convenio con la Subdirección Provincial de Salud de Pichincha, IESS podrán facturar al porcentaje acordado.

4.2.1. Documentos Requeridos para Facturar

Para que puedan presentar la factura se requiere que el prestador cumpla los siguientes requisitos:

- Deberá haber ingresado los Expedientes a Evaluación de Documentos
- Presentará una factura por cada trámite ingresado
- Una copia de cada factura
- Una copia del acuerdo
- Una copia del formato para entrega de facturas (grafico 3)

4.2.2. Proceso para acreditación según porcentaje de acuerdo

Para la acreditación del valor de cada factura es necesario cumplir con los siguientes requisitos:

- Se llenara un oficio dirigido a la Ing. Pilar luna pues ella es la persona responsable del Área Administrativa se detalla a continuación:

Quito, 30 de Agosto de 2011

Oficio Nº 21301700-3372-CCP

Ingeniera.

Pilar Luna

RESPONSABLE AREA ADMINISTRATIVA FINANCIERA SPSIF

Presente.-

En cumplimiento a Oficio 21000000-0675 del 14 de junio del 2011, y oficio alcance 21100000-1614 de 16 de junio del 2011, suscritos por el Dr. Henry Medrano González, Director del Seguro General de Salud Individual y Familiar (DSGSIF), en el que dispone el pago inmediato a Prestadores Externos de Salud y detalla el procedimiento; mismo que se operativiza en acuerdo suscrito entre la Subdirección de Pichincha con **CEFAVIS** del 8 DE JULIO DEL 2011 (Adjuntos).

En este caso y acogiéndonos a la Disposición del Director General del DSGSIF, solicito a Usted el pago del **80%,** de la matriz resumen de JULIO 2011, entregados AGOSTO 2011, con un monto total facturado de USD $25.796,66, que corresponden por 891 expedientes

Todos los trámites se encuentran en proceso de revisión en el Subproceso de Evaluación de Documentos y en Evaluación de la Pertinencia Médica y liquidación. Se determina que el porcentaje neto de objeciones anual es del **20%.**

En base a la información de pagos aceptados que el Subproceso de Liquidación entregue con los debidos documentos de soporte y la Nota de Crédito (si es el caso), que se enviará al Proceso Financiero, en un plazo máximo de 30 días, a partir de la fecha de pago del porcentaje señalado, se procederá al cierre de cuentas de las planillas presentadas por el prestador.

Por lo anterior, solicito a Usted efectuar la cancelación de los siguientes montos que se detallan:

Período Atención	Fecha Ingreso Evaluación Documentos	Especialidad	Nº Trámite	Nº Expedientes	Valor 80% pago solicitado por Prestador	No. De Factura	Fecha Factura	Nota de crédito
JULIO/2011	AGOSTO/2011	CONSULTA EXTERNA	2011-1312	82	2842.23	001-001-0003668	24/08/2011	
JULIO/2011	AGOSTO/2011	CONSULTA EXTERNA	2011-1313	16	351.66	001-001-0003669	24/08/2011	
JULIO/2011	AGOSTO/2011	CONSULTA EXTERNA	2011-1314	780	17065.09	001-001-0003667	24/08/2011	
JULIO/2011	AGOSTO/2011	CONSULTA EXTERNA	2011-1315	13	378.35	001-001-0003670	24/08/2011	
				891	**20637.33**			

Por lo anterior, solicito a Usted efectuar la cancelación del monto de USD $ **20.637,33,** monto sobre el cual se descontarán los abonos realizados hasta la fecha y se cancelará la respectiva diferencia.

Por su atención favorable le anticipo mis agradecimientos.

Atentamente,

Dra. Nilda Villacrés A.
SUBDIRECTORA PROVINCIAL DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR DE PICHINCHA-ESMERALDAS IESS

CC. Liquidación

ADJ: Lo indicado

Elaborado por:	**Pablo Maigua**	
Revisado por:	**Dra. Ivonne Martinez**	
Aprobado por:	**Dra. Nilda Villacres**	

- Se adjuntara las facturas originales
- Copias de cada factura
- La copia del acuerdo

Esta documentación se entregara al área del Contabilidad para que proceda únicamente a la acreditación del valor facturado al número de cuenta del prestador.

4.3. Proceso: Evaluación de la Documentación Ingresada

4.3.1. Documentos Requeridos Según Tipo de Beneficiario

Para poder proceder con la Evaluación de Documentos es necesario que estén los siguientes documentos:

Documentación principal

Activos:

- Copia de cédula de identidad del afiliado
- Copia de cédula de ciudadanía o partida de nacimiento del beneficiario menor de 18 años
- Código de validación
- Mecanizado no obligatorio

Jubilados:

- Copia de cédula de identidad del afiliado

- Copia de carnet de jubilación

- Copia de cédula de ciudadanía o partida de nacimiento menores

- Código de validación

Montepío:

- Copia de cédula de identidad del afiliado

- Copia de carnet de montepío

- Código de validación

Afiliado al Seguro Social Campesino:

- Copia de cédula de identidad del jefe de hogar

- Copia de cédula de identidad o partida de nacimiento del beneficiario con derecho

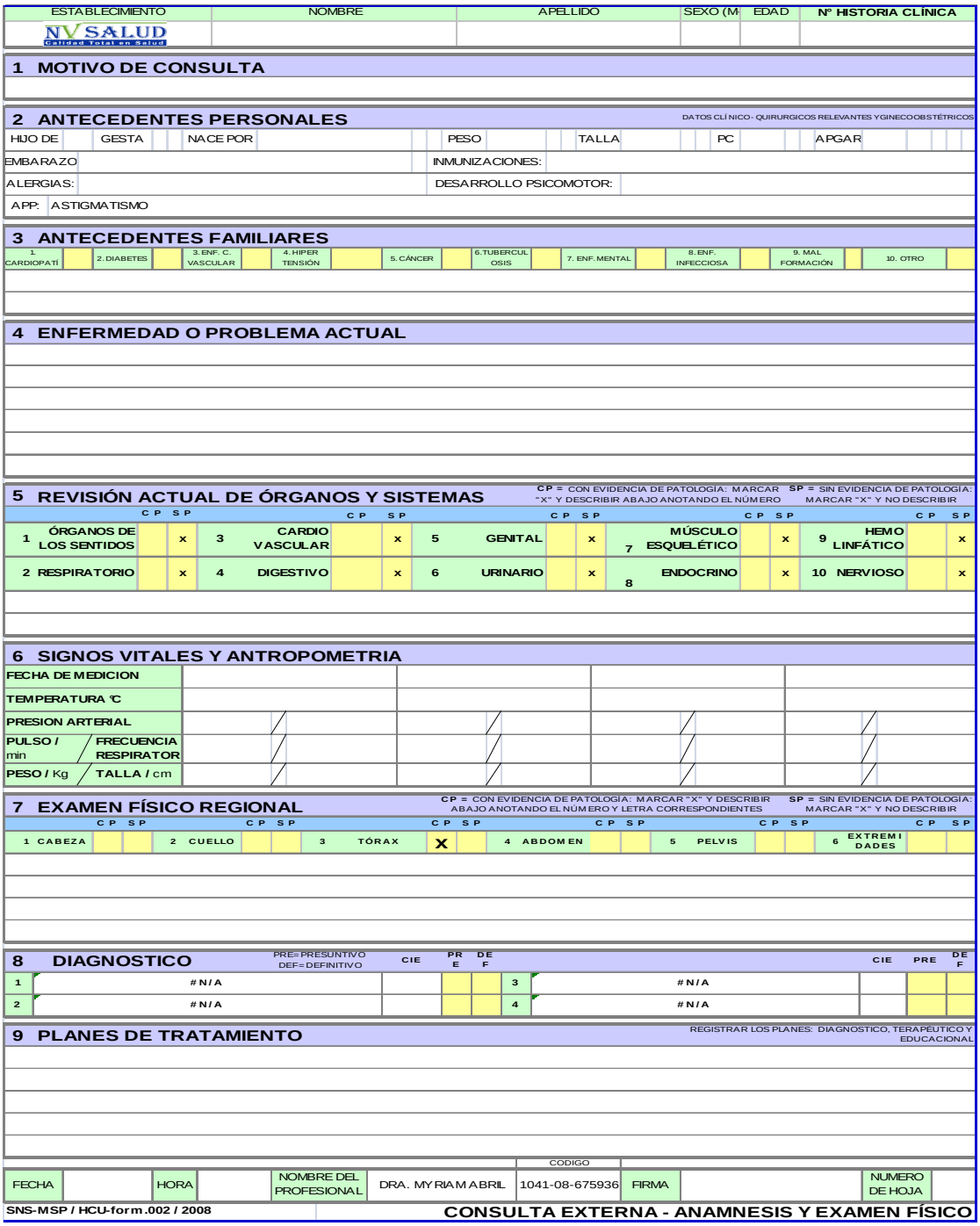
- Copia del documento de pago de la cuota correspondiente

- Solicitud de interconsulta (original y copia) firmada por el médico y con sello del dispensario; está solicitud tiene validez por dos meses y se le puede renovar

Ambulatorio: Consulta Externa

Gráfico No. 8

Formato de Consulta Externa



ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M	EDAD	Nº HISTORIA CLÍNICA
NV SALUD Calidad Total en Salud					

1 MOTIVO DE CONSULTA

2 ANTECEDENTES PERSONALES — DATOS CLÍNICO- QUIRURGICOS RELEVANTES YGINECOOBSTÉTRICOS

HIJO DE		GESTA		NACE POR		PESO		TALLA		PC		APGAR	
EMBARAZO						INMUNIZACIONES:			
ALERGIAS:						DESARROLLO PSICOMOTOR:			
APP:	ASTIGMATISMO								

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPATÍ		2. DIABETES		3. ENF. C. VASCULAR		4. HIPER TENSIÓN		5. CÁNCER		6.TUBERCULOSIS		7. ENF. MENTAL		8. ENF. INFECCIOSA		9. MAL FORMACIÓN		10. OTRO	

4 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

5 REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS — CP = CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA: MARCAR "X" Y DESCRIBIR ABAJO ANOTANDO EL NÚMERO; SP = SIN EVIDENCIA DE PATOLOGÍA: MARCAR "X" Y NO DESCRIBIR

	CP	SP		CP	SP		CP	SP		CP	SP		CP	SP
1 ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS		x	3 CARDIO VASCULAR		x	5 GENITAL		x	7 MÚSCULO ESQUELÉTICO		x	9 HEMO LINFÁTICO		x
2 RESPIRATORIO		x	4 DIGESTIVO		x	6 URINARIO		x	8 ENDOCRINO		x	10 NERVIOSO		x

6 SIGNOS VITALES Y ANTROPOMETRIA

FECHA DE MEDICION				
TEMPERATURA ºC				
PRESION ARTERIAL	/	/	/	/
PULSO / min / FRECUENCIA RESPIRATOR	/	/	/	/
PESO / Kg / TALLA / cm	/	/	/	/

7 EXAMEN FÍSICO REGIONAL — CP = CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA: MARCAR "X" Y DESCRIBIR ABAJO ANOTANDO EL NÚMERO Y LETRA CORRESPONDIENTES; SP = SIN EVIDENCIA DE PATOLOGÍA: MARCAR "X" Y NO DESCRIBIR

	CP	SP		CP	SP		CP	SP		CP	SP		CP	SP		CP	SP
1 CABEZA			2 CUELLO			3 TÓRAX	X		4 ABDOMEN			5 PELVIS			6 EXTREMIDADES		

8 DIAGNOSTICO — PRE=PRESUNTIVO DEF=DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1	#N/A				3	#N/A			
2	#N/A				4	#N/A			

9 PLANES DE TRATAMIENTO — REGISTRAR LOS PLANES: DIAGNOSTICO, TERAPEUTICO Y EDUCACIONAL

FECHA		HORA		NOMBRE DEL PROFESIONAL	DRA. MYRIAM ABRIL	CODIGO 1041-08-675936	FIRMA		NUMERO DE HOJA	

SNS-MSP / HCU-form.002 / 2008 — **CONSULTA EXTERNA - ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO**

Fuente: Ministerio de Salud publica

Elaborado: MSP

- Agenda miento de call center

- Copia de la ficha médica

Dependiendo del Caso:

- Receta

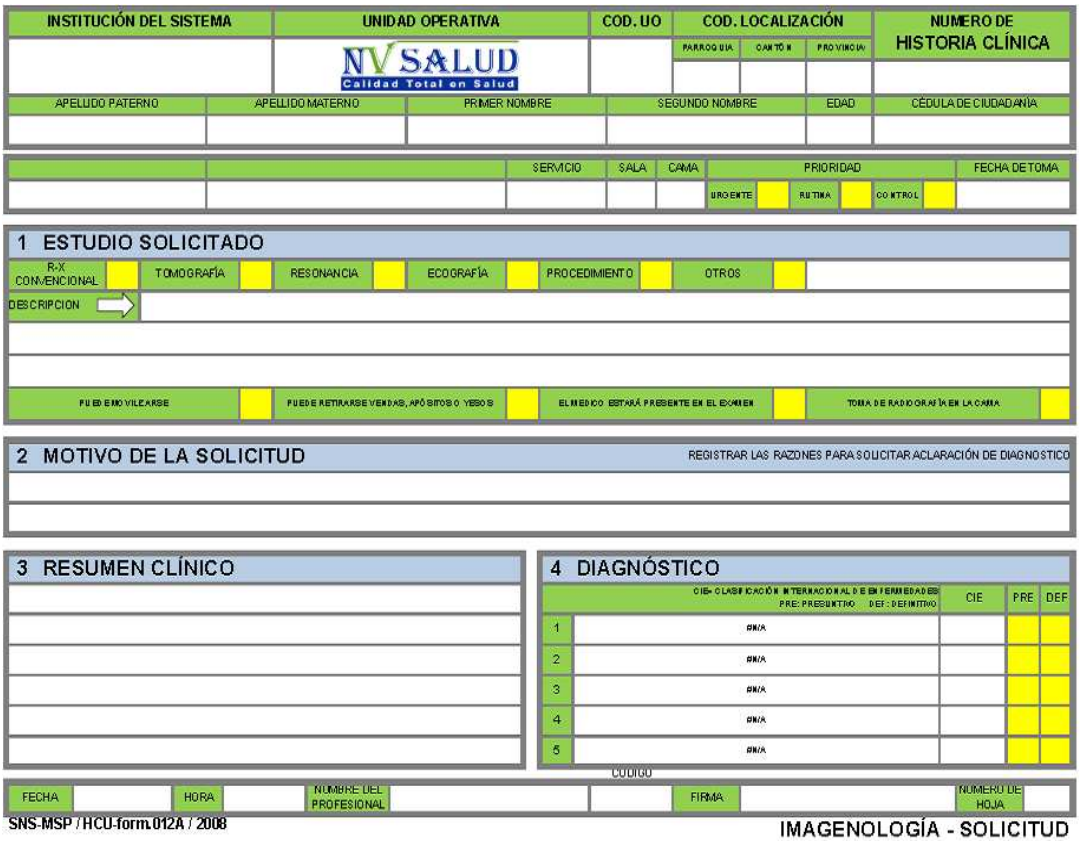
- Factura de farmacia

- Pedido de imagen y/o laboratorio

-Copia de resultados de exámenes

Ambulatorio: Imagen

Gráfico No. 9
Formato de Pedido de Imagen



Fuente: Ministerio de Salud publica
Elaborado: MSP

- Pedido de Examen

- Código de Validación (CVV-CVF)

-Informe de Examen verificar que la fecha del examen es posterior al del pedido, verificar que el informe corresponde al examen solicitado y tenga el sello firmado por el médico

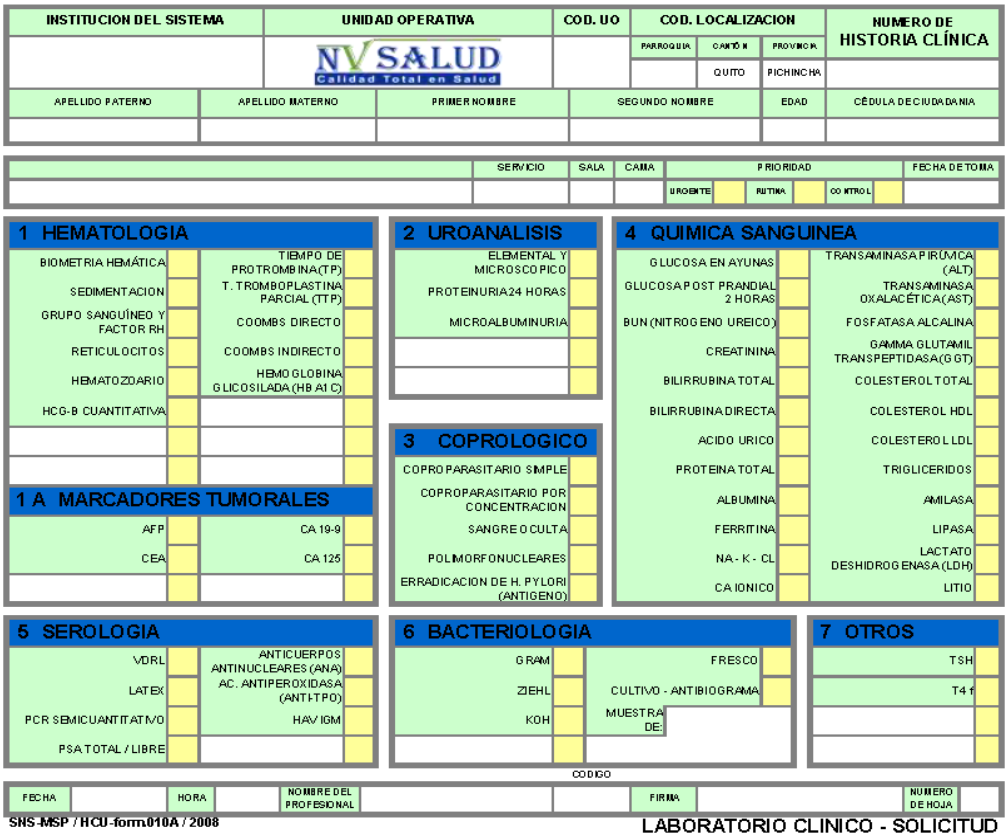
-Código de honorarios médicos

-Derecho de uso de equipo (RM)

-Medio de contraste (si es contrastada)

Ambulatorio: Laboratorio

Gráfico No. 10
Formato de Pedido de Laboratorio



Fuente: Ministerio de Salud publica
Elaborado: MSP

- Pedido de Examen
- Código de Validación Virtual (CVV) o Código de Validación Físico (CVF)
- Informe de Examen verificar que la fecha del examen es posterior al del pedido, verificar que el informe corresponde al examen solicitado y tenga el sello firmado por el médico.

4.3.2. Verificación de la documentación

La verificación de la Documentación es constatar físicamente cada documento esto se divide en dos partes, la documentación principal explicada anteriormente y la secundaria que llegaría a ser los soportes de lo realizado al asegurado, respaldando los valores a ser cobrados.

- Para este procedimiento se inicia con los trámites ingresados en meses anteriores para que estos salgan primero.
- Se verifica la información en la Bitácora, para así compara con el físico, Solicitud de Factura (Gráfico No. 4)
- Se revisa que en la carpeta pública se encuentre el número trámite con la información del mismo
- A continuación el formato para realizar la evaluación de la documentación se llenará los siguientes campos: el nombre del prestador, fecha de recepción de documentación, número de expedientes, el valor total ingresado. Este formato se adjuntará con cada expediente.

Tabla No. 18
Formato de Verificación de Documentación

(uso interno)			
TRAMITE REGULAR	2011-0060		
TRAMITE DE APELACIÓN			
NOMBRE DEL PRESTADOR	HOSPITAL DE LOS VALLES		
FECHA Y HORA DE ENTREGA DE DOCUMENTOS	23/08/2011		
NUMERO DE PLANILLAS ENTREGADAS	55		
MONTO DE PAGO SOLICITADO			32.986,00
	SI	**NO**	**NO APLICA**
CEDULA DE IDENTIDAD O CIUDADANIA			
MECANIZADO IESS / CARNET DE JUBILACIÓN/MONTEPÍO			
PRE FACTURA			
HOJA DE REFERENCIA AUTORIZADA IESS			
AUTORIZACION DE SUBDIRECCION			
EPICRISIS SEGUN FORMULARIO MSP			
PROTOCOLO OPERATORIO Y HOJA DE ANESTESIA MSP			
FORMULARIO EMERGENCIAS MSP			
BITACORA (UCI) MSP			
ENCUESTA DE SATISFACCION			
PLANILLA DE CARGOS:			
HONORARIOS MEDICOS			
DETALLE DE EXAMENES DE LABORATORIO			
DETALLE DE IMAGENES			
DETALLE DE OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS			
INSUMOS INDIVIDUALIZADOS			
MEDICAMENTOS			
SERVICIOS INSTITUCIONALES			
PAQUETES			
HOJA DE CONTRAREFERENCIA			
INICIO DE TRAMITE	**SI**		
	NO		
Nº DE TRAMITE			
FECHA			
NUMERO DE HOJA DE RUTA (EXPEDIENTE)			
Aquí va la firma del evaluador			
f.			

Fuente: Subdirección de Salud IESS, Pichincha
Elaborado: SGSIF

Existe un margen de error de un 25% de parte de los prestadores ya que no adjuntan documentos como la cédula del afiliado, partida de nacimiento del menor de edad o

autorización de la Subdirección estos son los casos más frecuentes, en caso de alguna cirugía no adjunta la hoja de anestesia o el consentimiento autorizado por el afiliado.

4.3.3. Documentación faltante

Para esta situación existe un procedimiento a seguir que se detalla a continuación:

- Se enviara un mail al prestador detallando lo faltante de los expedientes especificando el número de trámite.
- El Prestador Externo de Salud tiene 72 horas para hacer llegar la documentación vía mail o físicamente esto dependerá de él
- Si en el tiempo trascurrido no enviaron la documentación se procede a la devolución de los expedientes se registra el valor y número de expedientes en la Bitácora (Grafico No. 7)
- Estos expedientes podrán ingresar nuevamente con el número de trámite ya asignado anteriormente,
- El prestador no procederá a facturar tendrá que esperar a ser liquidado el trámite reingresado pues seguirá el mismo proceso ya establecido.

Para evitar estos retrasos tendrán que adjuntar toda la documentación requerida por la Subdirección, pues cuando se realiza un convenio con el prestador de salud lo primero que se procede es capacitarle al mismo.

4.3.4. Entrega de Documentación a Evaluación Médica

Este formato se adjuntara en cada expediente, una vez finalizada la verificación de la documentación del trámite 2011-0060 de 55 expedientes, del Hospital de los Valles se procede a realizar la hoja ruta para la entregar a Evaluación Médica a continuación el formato:

Tabla No. 19
Formato de Entrega a Evaluación Médica

HOJA DE RUTA (uso interno)				
Nº de TRAMITE				
ADJUNTO AL PRESENTE _____55____ EXPEDIENT	HOSPITAL DE LOS VALLES			2011-0060
	FECHA RECEPCION	EXPEDIENTES	NOMBRE Y APELLIDO	FIRMA RECEPCION
SERVICIO AL CLIENTE	23/08/2011	55	Ana María Castillo	
AUDITORIA MEDICA INTEGRAL	26/08/2011	55	Dra. Jenny Escobar	
AUDITORIA MEDICA ESPECIALIZADA				
LIQUIDACION				
CONTABILIDAD: solicitar disponibilidad presupuestaria				
PRESUPUESTO				
SERVICIOS INTERNOS DE LA DIRECCIÓN PROVINCIAL IESS (*)				
CONTABILIDAD: Elaboración de boletín				
TRANSFERENCIA AL PROVEEDOR				
(*) ACTIVIDAD QUE SE EJECUTA FUERA DE LA SUBDIRECIÓN				

Fuente: Subdirección de Salud IESS, Pichincha
Elaborado: SGSIF

Se realiza la entrega de los trámites a Evaluación Médica un día laborable de la semana o cuando se solicite algún trámite esto es recibido por parte de la Coordinadora Dra. Jenny Escobar, en este procedimiento verificará que cada trámite se encuentre ingresado en la bitácora, procederá a llenar los campos de: fecha de recepción, estado y área:

Gráfico No. 11
Bitácora / Coordinación de Evaluación Médica

Fuente: Subdirección de Salud IESS, Pichincha
Elaborado: SGSIF

Procede a la firma de recepción, una hoja de ruta (Tabla No. 18) se queda con los expedientes y otra es la constancia de entrega.

4.3.5. Entrega del Documento de recepción de Evaluación Médica a la Coordinadora de Evaluación de Documentos

Una vez realizada la entrega de trámites a la Coordinadora de Evaluación Médica, las hojas rutas se Entrega a la Coordinadora de Evaluación de Documentos Dra. Ruth

Jiménez para que se proceda subir la información en la parte roja de la bitácora para posteriormente archivar las hojas de ruta.

Gráfico No. 12
Bitácora / Coordinación de Evaluación de Documentos

Fuente: Subdirección de Salud IESS, Pichincha
Elaborado: SGSIF

4.4. Proceso: Evaluación Médica

La Coordinadora de Evaluación Médica Dra. Jenny Escobar es la encargada de asignar los trámites de las diferentes clínicas de salud a los Médicos Evaluadores, los trámites más antiguos son los que primero que deberán ser Evaluados.

Los centros de hemodiálisis son los que se prioriza para su evaluación.

4.4.1. Asignación de los trámites por la Coordinadora de Evaluación Médica

- La Coordinadora deberá registrar en la Bitácora el trámite asignado el nombre del médico, la fecha de asignación.
- Una vez concluida con la evaluación de los expedientes el Medico procederá a entrega el trámite a la Coordinadora, para que proceda a enviar al área de Liquidación.
- Si hubiese la devolución de expedientes por parte del médico evaluador, se justificara tal acción.
- Esta devolución será registrada por la Coordinadora de Evaluación Médica Dra. Jenny Escobar, deberá registrar el número de expedientes devueltos y el valor de los mismos, en la Bitácora (Grafico No. 12).

Una vez concluida la evaluación de los trámites por parte del los Evaluadores Médicos, se procede a la entrega de los mismos al área de Liquidación por parte de Coordinadora de Evaluación Médica se entrega a la Coordinadora de Liquidación, para esto la Coordinadora medica lleva un control de lo que se ha evaluado para que proceda al área de liquidación.

4.4.2. Entrega de Documentación de Evaluación Médica al Área de Liquidación

Se adjunta la hoja ruta de cada trámite adicional a la información constará el nombre del médico evaluador, esto será escrito manualmente en la parte de Auditoria Médica Especializada.

Tabla No. 20
Formato de Entrega a Liquidación

HOJA DE RUTA (uso interno)				
Nº de TRAMITE				
ADJUNTO AL PRESENTE _____55____ EXPEDIENT	HOSPITAL DE LOS VALLES			2011-0060
	FECHA RECEPCION	EXPEDIENTES	NOMBRE Y APELLIDO	FIRMA RECEPCION
SERVICIO AL CLIENTE	23/08/2011	55	Ana María Castillo	
AUDITORIA MEDICA INTEGRAL	26/08/2011	55	Dra. Jenny Escobar	
AUDITORIA MEDICA ESPECIALIZADA				
LIQUIDACION				
CONTABILIDAD: solicitar disponibilidad presupuestaria				
PRESUPUESTO				
SERVICIOS INTERNOS DE LA DIRECCIÓN PROVINCIAL IESS (*)				
CONTABILIDAD: Elaboración de boletín				
TRANSFERENCIA AL PROVEEDOR				
(*) ACTIVIDAD QUE SE EJECUTA FUERA DE LA SUBDIRECIÓN				

Fuente: Subdirección de Salud IESS, Pichincha
Elaborado: SGSIF

4.5. Proceso: Área de Liquidación

El área de liquidación es la encargada de procesar la información de cada trámite, se considera la evaluación de pertinencia médica de lo que se cancela, a que porcentaje se cancela dependiendo del caso.

4.5.1. Registra los trámites, Coordinadora de Liquidación

La Coordinadora de Liquidación Ing. Sherley Poma registra los trámites entregados por la Coordinadora de Evaluación Médica, en la bitácora.

4.5.2. Asignación del trámite, Coordinadora de Liquidación

La Coordinadora deberá registrar en la Bitácora el trámite asignado el nombre del liquidador y la fecha de asignación.

4.5.3. Liquidación del trámite

Una vez realizada la pertinencia médica del trámite se realiza el siguiente proceso:

- Es asignado el trámite a un liquidador para que este proceda a armar la planilla y se cancele según lo evaluado por el médico, y si es el caso calcular algunos valores como es el tiempo de oxigeno, entre otros.
- Los valores son aprobados según el tarifario nacional y según el nivel acreditado del prestador.

- Se verifica fechas, firmas de los médicos, en la documentación, que se encuentren los resultados de lo que están cobrando, expediente por expediente (ambulatorio)
- Se verifica Responsabilidad Patronal de cada afiliado que los pagos estén puntuales según la fecha de atención.
- Una vez establecidos los valores aprobados se le envía por mail al prestador las liquidaciones por tipo de afiliado, activos, jubilados, montepío, seguro social campesino.
- El prestador emite las facturas según la diferencia del porcentaje facturado para procede a enviar a la firme de la Subdirectora de Salud Dra. Nilda Villacres
- Una vez que firmada la factura y la liquidación se saca tres copias y se envía a contabilidad con los respectivos expedientes.

Los liquidadores proceden a liquidar los trámites, se verificara el acuerdo, número de trámite, valor del 100% y lo facturado al por ejemplo al 95% el caso de Clinef Norte una vez concluida la liquidación se revisa la diferencia que sería el 5% para realizar el cuadro de Conciliación.

Tabla No. 21
Formato Conciliación y Cierre de Trámites Según a Acuerdo

SUBDIRECCION PROVINCIAL DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR DE PICHINCHA, ESMERALDAS, SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS

LIQUIDACION DE PLANILLAS

ACTA DE CONCILIACION Y CIERRE DE TRAMITES SEGÚN ACUERDO

PRESTADOR:	**CLINEF NORTE**
TRAMITE No.:	**2011-1127**
No. DE EXPEDIENTES INGRESADOS EN LIQUIDACION:	**69**
PERIODO DE ATENCION:	**JULIO/2011**
FECHA DE SUSCRIPCION DE ACUERDO:	**11/08/2011**

CONCEPTO	TOTAL FACTURADO PRESTADOR	FACTURACION SEGÚN ACUERDO	No. FACTURA	PLANILLA DE LIQUIDACION No.	No. EXPEDIENTES LIQUIDADOS	TIPO BENEFICIARIO	VALOR LIQUIDADO US $		DIFERENCIA POR CONCILIAR		EMISION DE:	POR EL VALOR DE US $
	100%	95%	95%				SEGURO SALUD	SSC	SEGURO SALUD	SSC		
FACTURACION REAL QUE DEBIA SER CONSIDERADA BAJO ACUERDO (SEGURO GENERAL/PENSIONES)	96.042,00	91.239,90		34-2011	39	ACTIVOS	54.517,00					
				35-2011	30	JUBILADOS	41.525,00					
		-										
TOTAL FACTURACION TRAMITE 2011-1127	96.042,00	91.239,90	4548 DEL 10-08-2011		69		96.042,00	-	4.802,10		FACTURA a nombre de SEGURO SALUD SUBDIRECCION QUITO	4.802,10

(CUATRO MIL OCHOCIENTOS DOS CON 10/100 DOLARES)

FECHA DE NOTIFICACION DE OBJECIONES: POR CADA TRAMITE SE ENVIA A TRAVES DE E-MAIL: 1. PERTINENCIAS MEDICAS POR PACIENTE 2. PLANILLAS DE LIQUIDACION	**MARTES 01 DE NOVIEMBRE DE 2011**
PLAZO DE JUSTIFICACION DE OBJECIONES:	**NO APLICA POR CONCILIACION Y CIERRE DEL TRAMITE AL 100%**
FECHA LIMITE DE RECEPCION DE FACTURA Ó NOTA DE CREDITO (COMO CORRESPONDA):	**LUNES, 07 DE NOVIEMBRE DE 2011**

Elaborado por:	Lic. Lucía Herrera J. Liquidadora de la SDSGSIF
Revisado por:	Ing. Shirley Poma I., Coordinadora Liquidación de Planillas
Fecha:	01/11/2011

Fuente: Subdirección de Salud IESS, Pichincha
Elaborado: SGSIF

Planilla de Liquidación

Tabla No. 22
Formato para Liquidación de Trámites

LIQUIDACION DE HEMODIALISIS

NOMBRE DEL PRESTADOR	**CLINEF NORTE CIA. LTDA.**
Nº Y FECHA DE CONTRATO	**211000000-816-002-2009 15-10-2009**
Nº DE TRAMITE	**2011 - 1127**
Nº LIQUIDACIÓN	**35 - 2011**
Nº DE FACTURA Y FECHA	

(uso del prestador externo)										DETALLE DE VALORES				EVALUACION MEDICA				EVALUACION FINACIERA		
Planilla	Fecha	Ingresos Nuevos	Nombre Paciente	No de Cédula	Edad	Sexo H	Sexo M	Tipo de A	Tipo de J	Nro. Sesiones	TTO INTEGRAL	Valor Unitario	Valor Total	SI	NO	CANTIDAD	OBSERVACIONES	Valor Aprobado	RP	RG
1	JULIO/2011		AGUIRRE JIMENEZ JORGE RODRIGO	1700631102	66	X			X	13	112,00		1.456,00	X				1.456,00		
2	JULIO/2011		AGUIRRE RUIZ CORNELIO	1700450347	75	X			X	13	112,00		1.456,00	X				1.456,00		
3	JULIO/2011		ARAUJO PASOS FABIAN ELISEO	0400107835	75	X			X	12	112,00		1.456,00	X				1.456,00		
4	JULIO/2011		BENALCAZAR GUERRERO LUIS GER	0400199329	64	X			X	13	112,00		1.456,00	X				1.456,00		
5	JULIO/2011		CARRILLO JIMENEZ MARLENE UBAL	1702758994	59		X		X	13	112,00		1.456,00	X				1.456,00		
6	JULIO/2011		CHARRO ALBUJA LUIS ALFONSO	1701661751	75	X			X	13	112,00		1.456,00	X				1.456,00		
7	JULIO/2011		CHAVEZ OLEAS CÉSAR AGUSTO	1702533504	69	x			x	11	112,00		1.232,00	X				1.232,00		
8	JULIO/2011		ESPINOZA ALBARRACIN SEGUNDO	1700116450	80	X			X	13	112,00		1.456,00	X				1.456,00		
9	JULIO/2011		ESTRELLA BENALCAZAR MARTHA	1701575746	69		X		X	13	112,00		1.456,00	X				1.456,00		
10	JULIO/2011		FLORES FLORES JOSE ANTONIO	1702402411	82	X			X	13	112,00		1.456,00	X				1.456,00		
11	JULIO/2011		GALARRAGA SALAZAR JAIME ANIBA	1701288134	73	X			X	13	112,00		1.456,00	X				1.456,00		
12	JULIO/2011		GUALOTO MARÍA ISABEL	1703231876	59		X		x	10	112,00		1.120,00	X				1.120,00		
13	JULIO/2011		HEREDIA LEMUS RAFAEL	1701921643	75	X			X	12	112,00		1.456,00	X				1.456,00		
14	JULIO/2011		LEON SEGUNDO	1703678274	67	X			X	13	112,00		1.456,00	X				1.456,00		
15	JULIO/2011		MONTALVO JARAMILLO CARLOS PO	1700816687	81	X			X	13	112,00		1.456,00	X				1.456,00		
16	JULIO/2011		MORENO JARA MARCO ALBERTO	1702557834	62	X			X	13	112,00		1.456,00	X				1.456,00		
17	JULIO/2011		MOSQUERA OLEAS BLANCA ELIZAB	1707877179	49		X		X	13	112,00		1.456,00	X				1.456,00		
18	JULIO/2011		MUENTES GARCIA WALTHER ELIAS	0903549988	63	X			X	13	112,00		1.456,00	X				1.456,00		
19	JULIO/2011		OÑA MORENO LUIS DAMIAN	1702707421	62	X			X	13	112,00		1.456,00	X				1.456,00		
21	JULIO/2011		ORTIZ ARELLANO CARLOS RUBEN	0600051205	76	X			X	13	112,00		1.456,00	X				1.456,00		
20	JULIO/2011		PAREDES FONSECA WASHINGTON M	1700140500	62	X			X	13	112,00		1.456,00	X				1.456,00		
22	JULIO/2011		PARRA GUAYTOSO RAFAEL ARTURO	1700145889	70	X			X	11	112,00		1.232,00	X				1.232,00		
23	JULIO/2011		QUISHPE GUANO ANGEL	1700462417	79	X			X	13	112,00		1.456,00	X				1.456,00		
24	JULIO/2011		QUITO CARMEN MARÍA ESPERNZA	0100735836	84		x		x	12	112,00		1.456,00	X				1.456,00		
25	JULIO/2011		RICAURTE LEÓN CÉSAR GONZALO	1701316281	65	X			X	13	112,00		1.456,00	X				1.456,00		
26	JULIO/2011		RONQUILLO RIOS SEGUNDO MANU	1701653543	76	X			X	13	112,00		1.456,00	X				1.456,00		
27	JULIO/2011		SILVA YÁNEZ MIGUEL ANGEL DE JES	0200362325	59	X			X	13	112,00		1.456,00	X				1.456,00		
28	JULIO/2011		TORRRES GUZMAN EDMUNDO VINI	1702216217	64	X			X	13	112,00		1.456,00	X				1.456,00		
29	JULIO/2011	X	VASQUEZ ESPINOZA JORGE LEONAR	1000400745	83	X			X	1		85,00	85,00	X		1	SESION + EXAMEN	85,00		
30	JULIO/2011		VILLACIS VILLACIS KAISER NAPOLEO	1800002915	64	X			X	13	112,00		1.456,00	X				1.456,00		
SON: CUARENTA Y UN MIL QUINIENTOS VEINTE Y CINCO CON 00/100 DOLARES													41.525,00				TOTAL	41.525,00		
												30 SEGURO DE PENSIONES						41.525,00		

Quito, 21 de Octubre de 2011

OBSERVACIONES: Cada planilla individual tiene adjunto los documentos de respaldo, carnets de jubilación, copia de la cédula de ciudadanía, autorizaciones y órdenes de atención de las autoridades, así como las pertinencias médicas suscritas por la Doctora Paulina Londo Médica Evaluadora. Se procede a liquidar como Paquetes de Prestadores por Tarifa Integral según Resolución No. C.D. 276 Art. 20. Las liquidaciones se realizan de acuerdo a las observaciones e indicaciones del evaludor médico, conforme al oficio 21301700-3732 del 10-11-2010, suscrito por la Dra. Nilda Villacres, Subdirectora Provincial de Salud Individual y Familiar, y autorizado por el Dr. Damián Gallegos, Director del Seguro General de Salud (e).

KARINA VARGAS
LIQUIDADOR

DRA. NILDA VILLACRES
SUBDIRECTORA PROVINCIAL DE SALUD DE PICHINCHA

Fuente: Subdirección de Salud IESS, Pichincha
Elaborado: SGSIF

Una vez realizada la liquidación se adjunta la planilla, con sus respectivas facturas, es enviado a contabilidad para que únicamente se cierre el trámite.

4.6. Diagramas de Análisis de las Actividades a ser realizadas

4.6.1. Recepción de Documentación Ambulatorio

ANALISIS DE LAS ACTIVIDADES

ÁREA EVALUACION DE DOCUMENTOS

PROCESO RECEPCIÓN DE DOCUMENTACIÓN AMBULATORIO **FECHA:**

No.	VAC	VAN	P	E	M	I	A	ACTIVIDAD	TIEMPO
1	*							Revisión del archivo plano del prestador (aprobación)	15 min
2		*						Recepción de la Documentación una vez aprobado el archivo	3 min
3						*		Contabilizar los expedientes para verificación (activos, jubilados, montepío)	35 min
4			*					Asignar número de trámite en el SOAM por activos, jubilados, montepío	4 min
5			*					El archivo de cada trámite guardar en el carpeta pública según el prestador	5 min
6			*					Cargar el trámite en el SOAM, activos, jubilados, montepío	15 min
7				*				Verificación al momento de subir el trámite	5 min
8			*					Subir los datos de cada trámite a la bitácora	10 min
9		*						Sellar, hoja de recepción, solicitud de pago, cuadro para entrega de facturas	3 min
10							*	Numerar el CD con los números de trámitos y archivar	1 min
11			*					Numerar el trámite en físico	2 min
12							*	Llevar el trámite a archivo	2 min
		TIEMPOS TOTALES							**100 min**

	COMOPOSICION DE ACTIVIDADES	Método Actual	
		No.	Tiempo
VAC	VALOR AGREGADO CLIENTE	1	15 min
VAN	VALOR AGREGADO NEGOCIO	2	6 min
P	PREPARACIÓN	5	36 min
E	ESPERA	1	5 min
M	MOVIMIENTO		
I	INSPECCIÓN	1	35 min
A	ARCHIVO	2	3 min
TT	TOTAL	**13**	**100 min**
TVA	TIEMPO DE VALORACIÓN AGREGADO		
IVA	INDICE DE VALOR AGREGADO		

4.6.2. Recepción de Documentación Hospitalario

ANALISIS DE LAS ACTIVIDADES

ÁREA EVALUACION DE DOCUMENTOS

PROCESO RECEPCION DE DOCUMENTACION HOSPITALIRIO **FECHA:**

No.	VAC	VAN	P	E	M	I	A	ACTIVIDAD	TIEMPO
1	*							Recepción de Documentación Hospitalario	1 min
2		*						Verificación de los valores en digital y físico	3 min
3						*		Contabilizar los expedientes para verificación (activos, jubilados, montepío)	10 min
4			*					Asignar número de trámite en el SOAM por activos, jubilados, montepío	4 min
7			*					El archivo de cada trámite guardar en el carpeta pública según el prestador	5 min
8			*					Subir los datos de cada trámite a la bitácora	5 min
9								Sellar, hoja de recepción, solicitud de pago, cuadro para entrega de facturas	5 min
10							*	Numerar el CD con los números de trámites y archivar	2 min
11			*					Numerar el trámite en físico	2 min
50							*	Llevar el trámite a archivo	2 min
51									
52									
		TIEMPOS TOTALES							**39 min**

	COMOPOSICION DE ACTIVIDADES	**Método Actual**	
		No.	Tiempo
VAC	VALOR AGREGADO CLIENTE	1	1 min
VAN	VALOR AGREGADO NEGOCIO	2	8 min
P	PREPARACIÓN	4	16 min
E	ESPERA		
M	MOVIMIENTO		
I	INSPECCIÓN	1	10 min
A	ARCHIVO	2	4 min
TT	TOTAL	**10**	**39 min**
TVA	TIEMPO DE VALORACIÓN AGREGADO		
IVA	INDICE DE VALOR AGREGADO		

4.6.3. Evaluación de Documentación

ANALISIS DE LAS ACTIVIDADES

ÁREA EVALUACION DE DOCUMENTOS

PROCESO EVALUACIÓN DE DOCUMENTACIÓN/ HOSPITALARIO, HEMODIÁLISIS **FECHA:**

No.	VAC	VAN	P	E	M	I	A	ACTIVIDAD	TIEMPO
1		*						Se evalúa el trámite más antigua según registro	1 min
2					*			Se va archivo a traer el trámite seleccionado para evaluarlo	2 min
3						*		Se verifica en el bitácora el trámite	2 min
4			*					Imprimir el formato para constancia de información, para cada expediente	2 min
5						*		Verificación de la documentación	10 min
6			*					Imprimir la hoja ruta para que proceda el trámite a Evaluación Médica	1 min
7					*			Llevar los trámites evaluados al área de Evaluación Médica	30 min
8							*	Archivar la hoja ruta con la firma de recibido de parte de la Coordinadora de Evaluación Médica	2min
		TIEMPOS TOTALES							**50 min**

	COMOPOSICION DE ACTIVIDADES	**Método Actual**	
		No.	Tiempo
VAC	VALOR AGREGADO CLIENTE		
VAN	VALOR AGREGADO NEGOCIO	1	1 min
P	PREPARACIÓN	1	3 min
E	ESPERA		
M	MOVIMIENTO	2	32 min
I	INSPECCIÓN	2	12 min
A	ARCHIVO	1	2 min
TT	**TOTAL**	**1**	**50 min**
TVA	TIEMPO DE VALORACIÓN AGREGADO		
IVA	INDICE DE VALOR AGREGADO		

4.6.4. Pertinencia Médica

ANALISIS DE LAS ACTIVIDADES

ÁREA EVALUACION MEDICA

PROCESO AUDITORIA MEDICA **FECHA:**

No.	VAC	VAN	P	E	M	I	A	ACTIVIDAD	TIEMPO
1								Se evalúa el trámite más antigua según registro	3 min
2								La Coordinadora de Evaluación Médica asigna el trámite al médico para su respectiva auditoria.	2 min
3								Se registra la fecha de asignación y el nombre del medico	2 min
4								El médico evaluador revisara cada uno de los expedientes, según criterio medico	1440 min
5								Una vez finalizada la evaluación médica, el trámite es entregado a la Coordinadora de Evaluación Médica	3 min
6								La Coordinadora de Evaluación Médica procede a archivar el trámite auditado.	4 min
7								Cuando ya existe un número significativos de trámites evaluados la Coordinadora entregara a liquidación	30 min
		TIEMPOS TOTALES							**1484 min**

	COMOPOSICION DE ACTIVIDADES	**Método Actual**	
		No.	Tiempo
VAC	VALOR AGREGADO CLIENTE		
VAN	VALOR AGREGADO NEGOCIO	1	3 min
P	PREPARACIÓN		
E	ESPERA	1	2 min
M	MOVIMIENTO	2	33 min
I	INSPECCIÓN	2	1442 min
A	ARCHIVO	1	4 min
TT	**TOTAL**	**7**	**1484 min**
TVA	TIEMPO DE VALORACIÓN AGREGADO		
IVA	INDICE DE VALOR AGREGADO		

4.6.5. Liquidación de Trámites

ANALISIS DE LAS ACTIVIDADES

ÁREA LIQUIDACIÓN

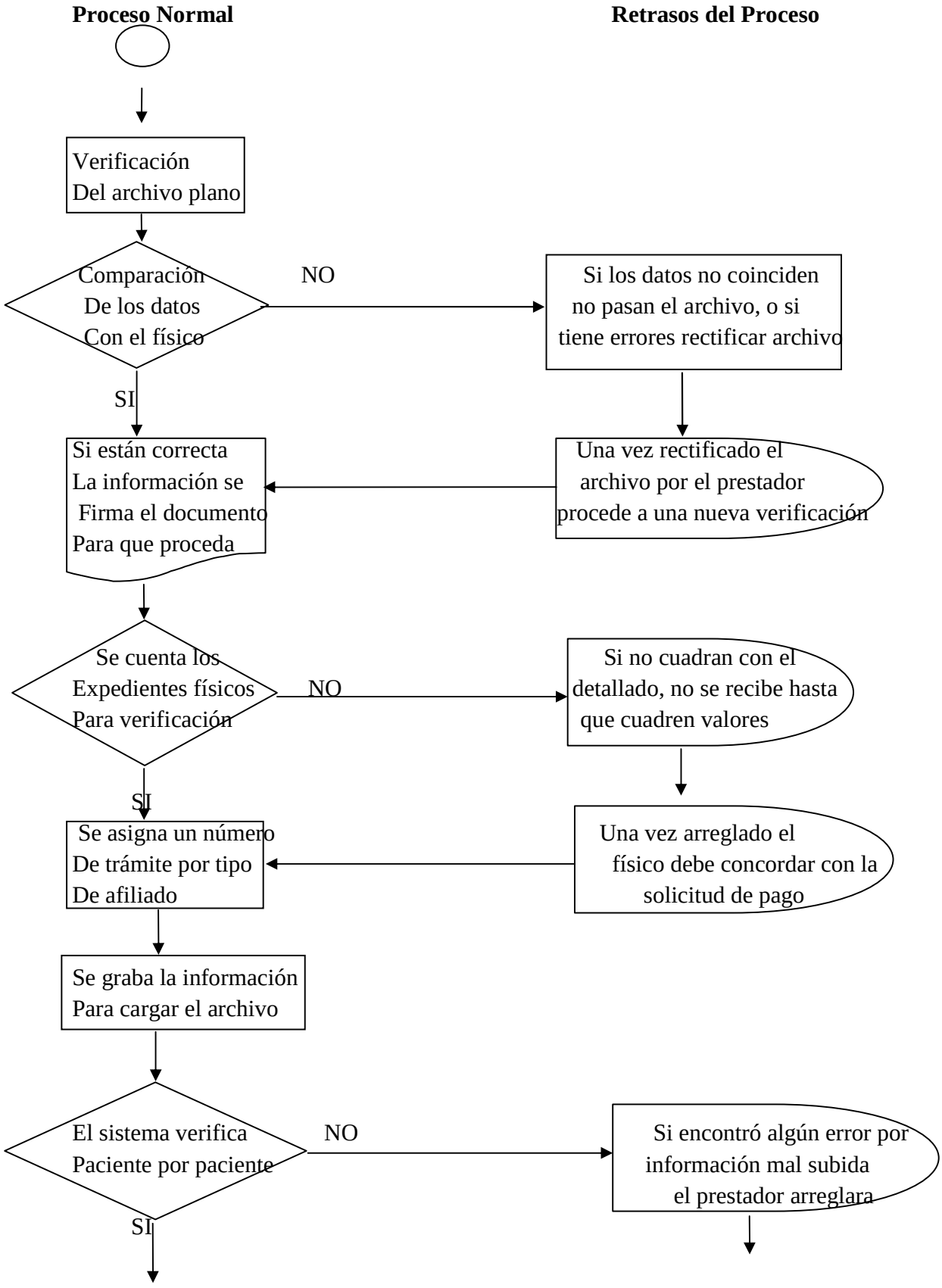
PROCESO LIQUIDACIÓN DE TRÁMITES **FECHA:**

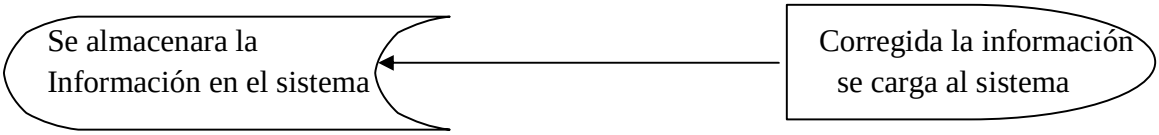
No.	VAC	VAN	P	E	M	I	A	ACTIVIDAD	TIEMPO
1								Es asignado el trámite a un liquidador	3 min
2								El liquidador procedera a armar la planilla	240 min
3								Se revisa los valores según tarifario	180 min
4								Se verifica fechas, resultados que se encuentre las firma de los médicos	120 min
5								Se verifica Responsabilidad Patronal de cada asegurado	120 min
6								Una vez armada las planillas se le envia al prestador	6 min
7								El prestador emite las facturas, para la entrega al liquidador	120 min
8								Se imprime las planillas, adjuntando las facturas para la firma de la Subdirectora	7 min
9								Una vez firmadas las facturas se entrega a contabilida	12 min
10								Se procede al cierre de trámite	30 min
		TIEMPOS TOTALES							**838 min**

	COMOPOSICION DE ACTIVIDADES	**Método Actual**	
		No.	Tiempo
VAC	VALOR AGREGADO CLIENTE		
VAN	VALOR AGREGADO NEGOCIO	1	30 min
P	PREPARACIÓN	2	247 min
E	ESFERA	2	9 min
M	MOVIMIENTO	2	132 min
I	INSPECCIÓN	3	420 min
A	ARCHIVO		
TT	**TOTAL**	**1**	**838 min**
TVA	TIEMPO DE VALORACIÓN AGREGADO		
IVA	INDICE DE VALOR AGREGADO		

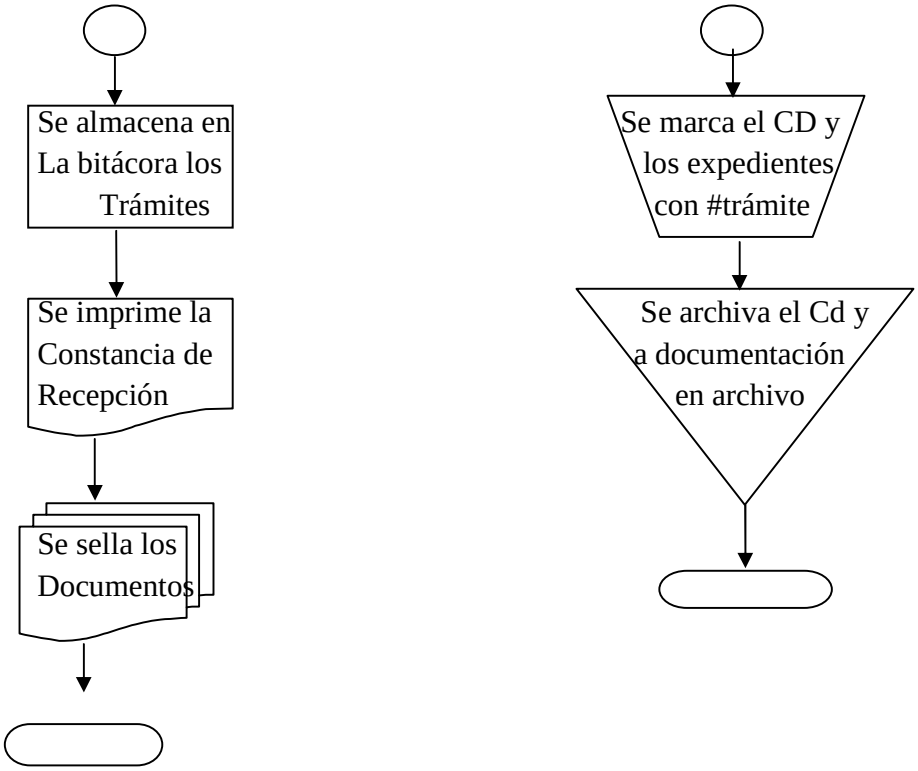
4.6.6. Diagramas de Flujo

4.6.6.1. Recepción de Documentación Ambulatorio

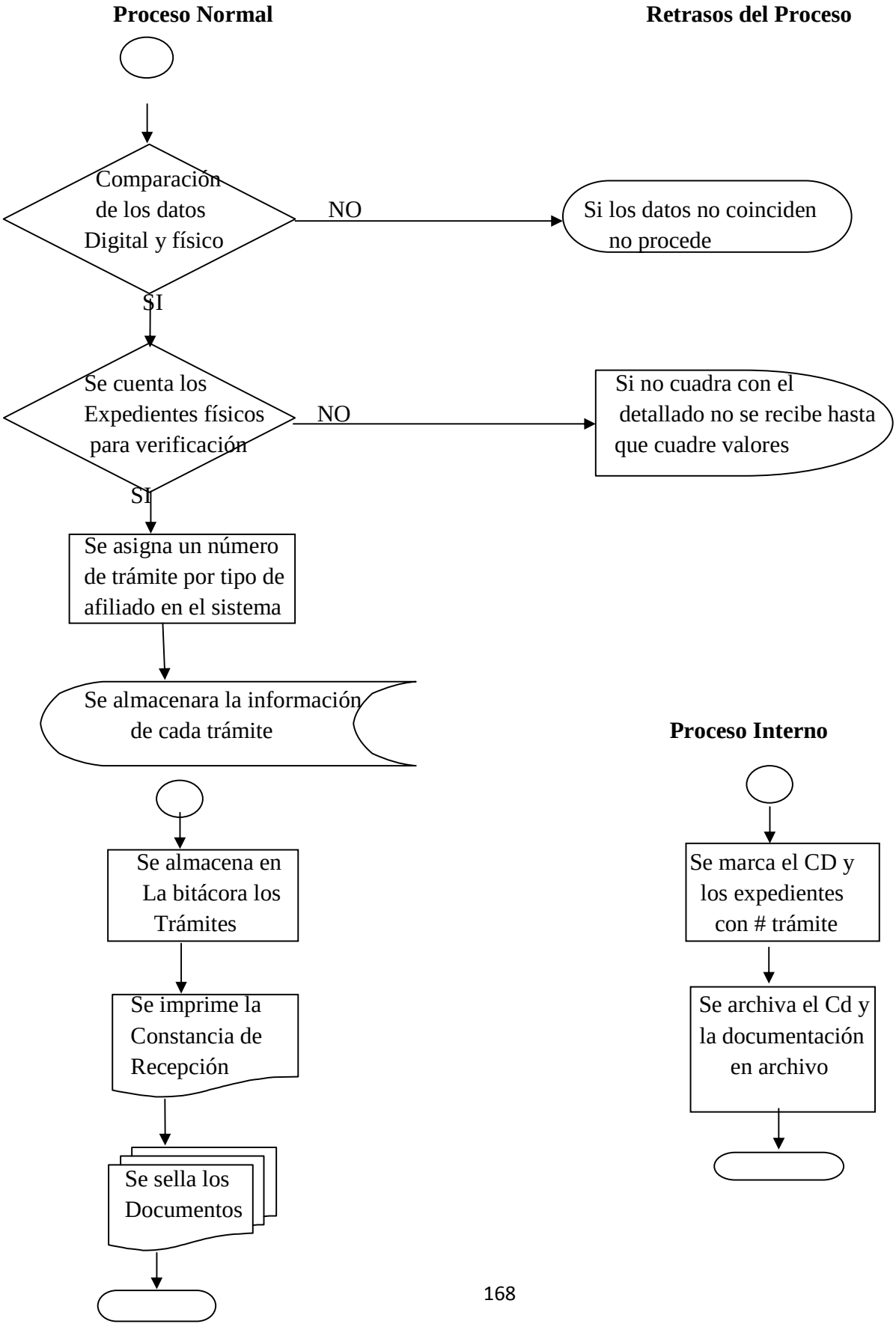

Proceso Normal
Retrasos del Proceso
Verificación
Del archivo plano
Comparación
De los datos
Con el físico
NO
Si los datos no coinciden
no pasan el archivo, o si
tiene errores rectificar archivo
SI
Si están correcta
La información se
Firma el documento
Para que proceda
Una vez rectificado el
archivo por el prestador
procede a una nueva verificación
Se cuenta los
Expedientes físicos
Para verificación
NO
Si no cuadran con el
detallado, no se recibe hasta
que cuadren valores
SI
Se asigna un número
De trámite por tipo
De afiliado
Una vez arreglado el
físico debe concordar con la
solicitud de pago
Se graba la información
Para cargar el archivo
El sistema verifica
Paciente por paciente
NO
Si encontró algún error por
información mal subida
el prestador arreglara
SI



Proceso Interno

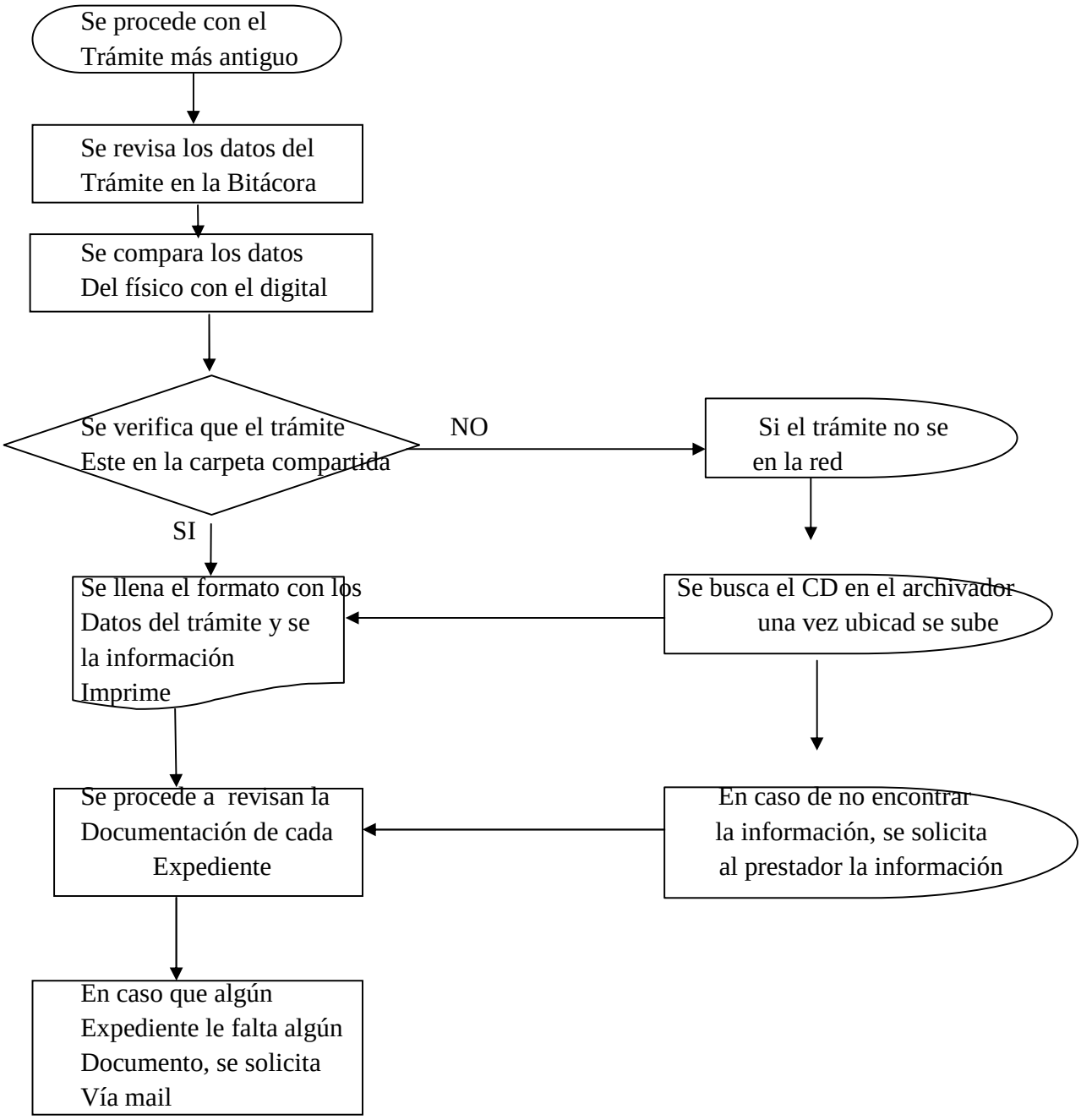


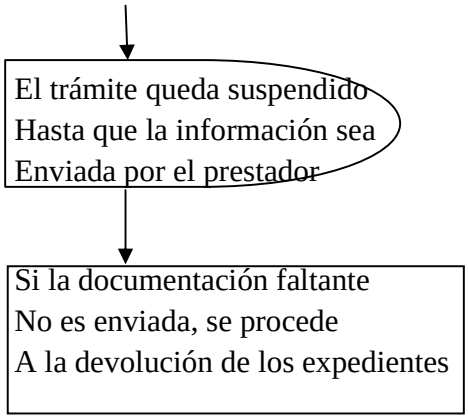
4.6.6.2. Recepción de Documentación Hospitalario


Proceso Normal
Retrasos del Proceso
Comparación de los datos Digital y físico
NO
Si los datos no coinciden no procede
SI
Se cuenta los Expedientes físicos para verificación
NO
Si no cuadra con el detallado no se recibe hasta que cuadre valores
SI
Se asigna un número de trámite por tipo de afiliado en el sistema
Se almacenara la información de cada trámite
Proceso Interno
Se almacena en La bitácora los Trámites
Se imprime la Constancia de Recepción
Se sella los Documentos
Se marca el CD y los expedientes con # trámite
Se archiva el Cd y la documentación en archivo

4.6.6.3. Evaluación de la Documentación

Retrasos del proceso




El trámite queda suspendido
Hasta que la información sea
Enviada por el prestador
Si la documentación faltante
No es enviada, se procede
A la devolución de los expedientes

CAPITULO V

RENGENIERÍA TÉCNICO ADMINISTRATIVO

5.1 ANALISIS INSTITUCIONAL Y ORGANIZACIONAL

Este análisis se desarrolla con el propósito de que exista una coordinación departamental para que de esta manera funcione sobre una base relativamente continua para alcanzar los objetivos.

5.2 OBJETIVOS GENERALES DE LA REINGENIERÍA.

Estos objetivos son aquellos que dan cuenta de los cambios e impactos que persiguen lograr con le ejecución de la reingeniería.

Objetivos que son definidos con claridad mesurable y con un límite de tiempo concreto se convierte en parámetro de los resultados y permite evaluar los avances logrados.

- Optimizar el Proceso de Prestación Externa de la Subdirección de Salud I.E.S.S. de Quito
- Ofrecer la excelencia en el servicio de Pago a Prestadores Externos de Salud
- Perfeccionar la fluidez de información entre I.E.S.S y Prestadores de Salud

- Establecer Políticas a cumplirse para el proceso

5.3 PROCESO DE PLANIFICACIÓN ESTRATEGICA

Esto consiste en establecer un plan operativo en el que valide el mejoramiento del área, para que exista una conexión fluida con cada departamento y con el Prestador Externo de Salud, establecer estrategias, una estructura organizacional y una cultura organizacional de cada departamento,

con esto se tendrá una clara visión de lo que pretende alcanzar específicamente cada proceso.

5.3.1 Departamento de Evaluación de Documentos

5.3.1.1 Plan Operativo Vs Estrategias

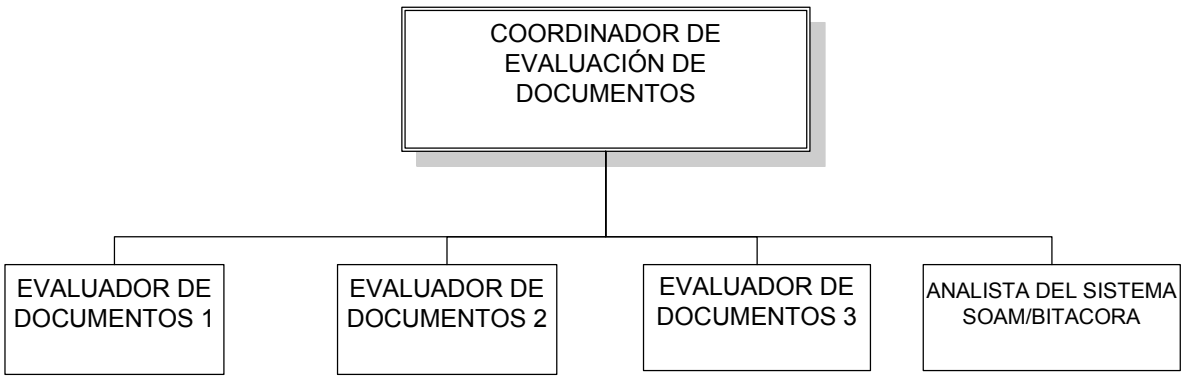
- Agilitar la atención a los prestadores para evitar la acumulación de los mismos en fechas de recepción de documentación para esto se implementando horarios de específicos para cada prestador especialmente en consulta externa con esto se logrará que una equidad para todos los prestadores de Salud.
- Lograr la fluidez de información con los Prestadores Externos de Salud, para esto se recopilara en una base de datos actualizada los mail y teléfonos de los prestadores para esto firmaran un oficio en el que respalde esta información, y por tanto deberá cumplir lo informado, con esto se evitara inconvenientes de

retrasos, falta de información para que así estos tengan que regirse únicamente a lo demanda la Subdirección de Salud I.E.S.S.

- Los Evaluadores tendrán una vía de comunicación directa con el Coordinador del departamento, este mantendrá informado al grupo de evaluadores si hubiese algún comunicado que por lo general es constantemente. Para este deberá ejerciendo un liderazgo eficiente.
- El Coordinador de Evaluación de Documentos estará relacionado directamente con los demás Coordinadores para garantizar la fluidez de información internamente.
- Se reunirán cada fin de mes los coordinadores para presentación de informes e inquietudes se emitirá un informe firmado por cada uno de los Coordinadores, este será presentado a la Subdirectora Provincial de Salud de Pichincha Dra. Nilda Villacrés.
- La Coordinador tendrá un informe de los trámites ingresados mensualmente, para obtener una estimación de lo ingresado, para poder proceder una planificación de trabajo eficiente.

5.3.1.2 Estructura Organizacional

Gráfico No. 13
Estructura Organizacional de Evaluación de Documentos



Fuente: SGSIF
Elaborado: Ana María Castillo

5.3.2 Evaluación Médica

5.3.2.1 Plan Operativo Vs Estrategias

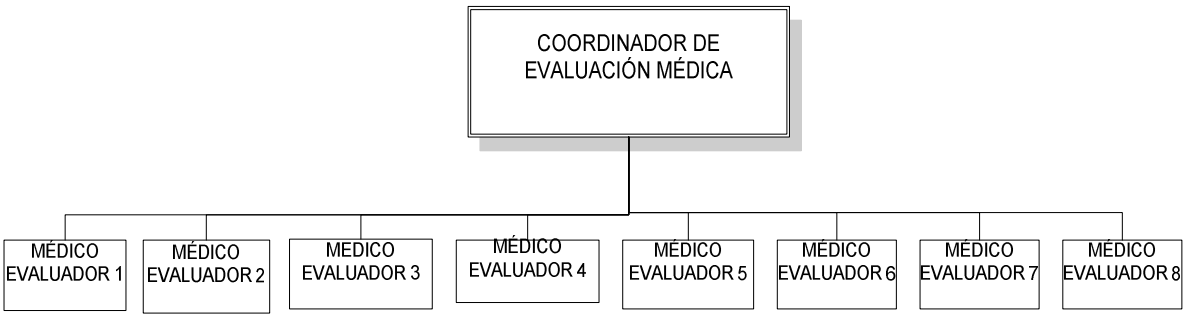
- Los médicos unificaran conceptos para la Evaluación Médica, con esto se fortalecerá la evaluación con una adecuada unificación de criterios médicos para que al momento de evaluar no exista descontentos por parte de los Prestadores Externos de Salud.
- La Coordinador del Proceso de Evaluación Médica establecerá formatos para el prestador en caso de reingreso de algún expediente devuelto por el mismo

departamento, se establecerá plazos de entrega, números de reingreso que podrá tener el mismo trámite.

- Se establecerá horarios de recepción de documentos por parte del departamento de Evaluación de Documentos, este adjuntara un inventario de los trámites entregados, con esto habrá una fluidez de información, evitando retrasos con pérdidas de tiempo.
- Se implantará un tiempo promedio para la evaluación médica, dependiendo del tipo de especialidad que tuviese el Prestador Externo de Salud, con esto se evitara la retención de los trámites en tal departamento.
- Se establecerá un tiempo promedio en el que podrá estar el trámite en Evaluación Médica

5.3.2.2 Estructura Organizacional

Gráfico No. 14
Estructura Organizacional de Evaluación Médica



Fuente: SGSIF
Elaborado: Ana María Castillo

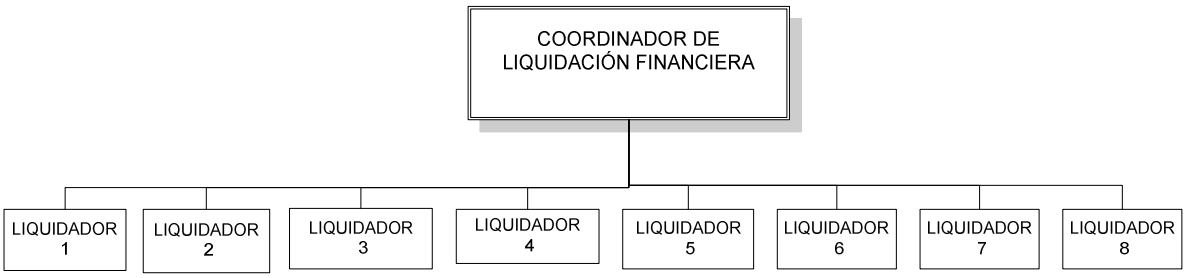
5.3.3 Liquidación Financiera

5.3.3.1 Plan Operativo Vs Estrategia

- La Coordinadora de Liquidación indicara los días que recibirá los trámites auditados por los médicos.
- Ejercerá un liderazgo imparcial para sus colaboradores, para que estos se sientan motivados a la realización de la actividad asignada obteniendo un resultado eficiente
- Se establecerá plazos para finalizar las liquidaciones de cada trámite, dependiendo del volumen de expedientes.

5.3.3.2 Estructura Organizacional

Gráfico No. 15
Estructura Organizacional de Liquidación Financiera



Fuente: SGSIF

Elaborado: Por e l investigador

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

- La Valoración del Proceso de Prestación Externa de la Subdirección de Salud I.E.S.S. de Quito, nos sirve para obtener información de cómo está actualmente el proceso a ser desarrollado. Se constata, claramente, cada proceso a ser desarrollado, estos procedimientos son tardíos con un nivel bajo de rendimiento. La falta de planificación estratégica es el principal cuello de botella en el que cada uno de los procedimientos a desarrollar se ve afectado; especialmente en dos puntos fundamentales como son: la calidad en el servicio al Prestador Externo de salud y la demora en el proceso a ser realizado.

- Esto nos permite conocer cuáles son los puntos a los que debemos darles prioridad para establecer un óptimo resultado. La reingeniería propuesta nos ayudará a tener un mejor enfoque de lo que se debe cumplir en cada proceso establecido.

- A partir de lo investigado se puede afirmar que el nivel de historias clínicas de las Unidades Medicas Internas de lo que era 270.000 mil va a 1'300.000; o sea seis o más veces de lo que sucedía hace muy poco tiempo. El realizar convenios con Prestadores de Salud Privados es llegar a un análisis para conformar un Sistema Nacional de Salud en donde el único fin es la atención al Asegurado al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

- El volumen de afiliados es cada vez mayor, para esto se plantea una reingeniería del proceso para mejorar la atención de los afiliados, por medio de los Prestadores Externos de Salud, obteniendo eficiencia en el Proceso, ya que el objetivo principal es que los asegurados reciban una atención de calidad, ya que estos cumplieron con lo demandado por la Ley.

- La Coordinación en cada uno de los departamentos es fundamental para que fluya la información de manera eficiente y eficaz, sin retrasos en los procesos efectuados por cada uno de los integrantes. Se plantea una planificación de gestión que coordinará cada uno de los procesos con sus actividades conjuntas.

6.2 RECOMENDACIONES

- Se recomienda para el Proceso de Pago a Prestadores Externos, la aplicación de la planificación estratégica, basada en procesos que fueron analizados en cada área involucrada, para que estas puedan encaminarse de una madera eficiente.

- Enfocarse en el objetivo a ser cumplido para acelerar los procesos retrasados para así lograr el resultado deseado dependiendo de lo requerido por la Subdirectora Provincial de Salud de Pichincha, ya que ella es la principal persona responsable de la Subdirección de Salud de Pichincha

- Se recomienda que dado el volumen de Prestadores Externos que se analizó, este proceso se organice para agilitar el trámite a los mismos sin tener inconvenientes ni pérdidas de tiempo innecesarias, para mejorar la calidad del Servicio hacia los Prestadores.

- Para la realización de este proceso es recomendable analizar las dos partes principales que intervienen en el proceso: por una parte, a los funcionarios involucrados para desarrollar el proceso de Pago a Prestadores Externos; y por otra parte, a los Prestadores Externos para obtener un verdadero análisis crítico que identifique el problema.

- La fluidez de información es lo que se deberá tomar muy en cuenta por parte de cada uno de los Coordinadores para que exista una sinergia en la gestión de cada uno de los procesos.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Acreditación: Proceso formal por medio del cual la Administradora del Seguro General de Salud individual y Familiar, reconoce que un prestador de salud cumple con los estándares preestablecidos, luego de una evaluación local y periódica, realizada por una Comisión especializada, con una validez de hasta dos años. Requisito indispensable para la contratación del prestador.

Certificación: Proceso por medio del cual una organización gubernamental o no gubernamental, evalúa y reconoce a un prestador de salud que cumple con los requisitos o criterios preestablecidos. La certificación es un enfoque que emplea estándares como los que contiene la ESO 9000.

Emergencia: En el artículo 7 de la Ley de Derecho y Amparo del Paciente del 2008: "Toda contingencia de gravedad que afecta a la salud del ser humano con inminente peligro para la conservación de la vida o de la integridad física de la persona, como consecuencia de circunstancias imprevistas e inevitables, tales como: choque o colisión, volcamiento u otra forma de accidente de tránsito terrestre, aéreo o acuático, accidente o infortunio en general, como los ocurridos en el medio de trabajo, centros educativos, casa, habitación, escenarios deportivos, o que sean el efecto de delitos contra las personas como los que producen heridas causadas con armas corto punzantes, de fuego, contundentes, o cualquiera otra forma de agresión material".

Triaje: Es un proceso de evaluación, mediante el cual se prioriza el daño y se orienta acertadamente para su atención, a los pacientes que llegan al servicio de emergencia.

Incapacidad Temporal: Aquella que produzca impedimento temporal para trabajar (recibe un subsidio hasta por un año y de ser el caso pensión provisional).

Incapacidad Permanente Parcial: Aquella que produzca el trabajador una lesión corporal o perturbación funcional definitiva que signifique una disminución de la integridad física del afiliado y su aptitud para el trabajo. Genera indemnización o renta vitalicia, según el grado de incapacidad.

Incapacidad Permanente Total: Aquella que inhiba al afiliado para la realización de todas o de las fundamentales tareas de su profesión u oficio habituales y genera renta vitalicia.

Incapacidad Permanente Absoluta: Aquella que le inhiba por completo al afiliado para toda profesión u oficio, requiriendo de otra persona para su cuidado y atenciones permanentes y genera renta vitalicia.

Accidente de Trabajo: Es un suceso imprevisto y repentino que ocasiona al trabajador(a) lesión corporal o perturbación funcional, la muerte inmediata o posterior; con ocasión o consecuencia del trabajo.

Asegurados: Son los protagonistas principales y el factor más importante que intervienen en el IESS de manera general y en el Seguro de Salud de manera particular.

Protocolo de Validación: Es un plan escrito que indica cómo la validación será conducida, incluyendo los parámetros de prueba, las características del producto, equipo de fabricación, y puntos de decisión en lo que constituye un resultado de prueba aceptable.

Cuello de botella: Es una fase de la cadena de producción que es más lenta que otras, y que causa que todo el proceso sea más lento y no tenga la efectividad que se espera.

Validación: Establecer evidencia documentada que proporciona un alto grado de aseguramiento de que un proceso específico producirá consistentemente un producto o servicio que cumpla con sus especificaciones y atributos de calidad predeterminados.

Protocolo de pruebas: Es un programa sistemático de verificación e inspección aplicado por una organización para el control de la calidad de la tecnología y operación de un equipo, proceso o servicio, así como sus condiciones de seguridad y confiabilidad, en el cual la autoridad competente emitirá un dictamen al concluir la prueba.

SIGLAS

- **SGSIF:** Seguro General de Salud Individual y Familiar.
- **CVAV:** Código de Validación Ambulatoria Virtual.
- **IESS:** Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.
- **CD:** Consejo Directivo.
- **CVH:** Código de Validación Hospitalaria.
- **CVP:** Código de Validación de Provincias.
- **CVENC:** Código de Validación de Emergencia No Convenio.
- **CVEC:** Proveedor Externo de Convenio.- Código de Validación Emergencia Convenio.
- **CVAF:** Código de Validación Ambulatoria Física.

ANEXOS

ANEXO 1: LISTA DE DAÑOS SEGÚN PRIORIDAD - NIVEL 1

Pacientes con alteración súbita y crítica del estado de salud, en riesgo inminente de muerte y que requieren atención inmediata en la Sala de Reanimación - Shock Trauma.

1.- Paro Cardio Respiratorio.

2.- Dolor Torácico Precordial de posible origen cardiogénìco con o sin hipotensión.

3.- Dificultad respiratoria (evidenciada por polipnea, taquipnea, tiraje, sibilantes, estridor, cianosis)

4.- Shock (Hemorrágico, cardiogénico, distributivo, obstructivo)

5.- Arritmia con compromiso hemodinámico de posible origen cardiogénìco con o sin hipotensión.

6.- Hemorragia profusa.

7.- Obstrucción de vía respiratoria alta.

8.- inestabilidad Hemodinámica (hipotensión I shock I crisis hipertensiva).

9.- Paciente inconsciente que no responde a estímulos.

10.- Paciente con trauma severo como:

- Víctima de accidente de tránsito.
- Quemaduras con extensión mayor del 20%.
- Dos o más fracturas de huesos largos proximales.
- Lesiones en extremidades con compromiso neurovascular.
- Herida de bala o arma blanca.
- Sospecha de traumatismo vertebro medular.

- Evisceración.

- Amputación con sangrado no controlado.

- Traumatismo encéfalo craneano.

11.- Status Convulsivo.

12.- Sobredosis de drogas o alcohol más depresión respiratoria.

13.- Ingesta de órgano fosforado, ácido, álcalis, otras intoxicaciones o envenenamientos.

14.- Signos y síntomas de abdomen agudo con descompensación hemodinámica.

15.- Signos y síntomas de embarazo ectópico roto.

ADULTO

Frecuencia Cardiaca < 50 x min.

Frecuencia Cardiaca > 150 x min.

Presión Arterial Sistólica 90 mmHg.

Presión Arterial Sistólica > 220 mmHg.

Presión Arterial Diastólica > 110 mmHg ó 30 mmHg por encima de su basal.

Frecuencia Respiratoria > 35 x min.

Frecuencia Respiratoria < 10 x min.

PEDIÁTRICO

Lactante

- Frecuencia Cardiaca ≤ 60 x min.

- Frecuencia Cardiaca ≥ 200 x min.

- Presión Arterial Sistólica < 60 mmHg.

- Frecuencia Respiratoria ≥ a 60 x min. (hasta los 2 meses).

- Frecuencia Respiratoria ≥ a 50 x min. (desde los 2 meses al año)

- Saturación de oxigeno ≤ a 85%.

Pre Escolar

- Frecuencia Cardiaca ≤ 60 x min.

- Frecuencia Cardiaca ≥ 180 x min.

- Presión Arterial Sistólica < 80 mmHg.

- Frecuencia Respiratoria > a 40 x min. (sin fiebre).

- Saturación de oxigeno ≤ a 85%.

17.- Suicidio frustrado.

18.- Intento suicida.

19.- Crisis de agitación psicomotora con conducta heteroagresiva.

20.- Problemas específicos en pacientes pediátricos.

- Intoxicaciones por ingesta o contacto.

- Períodos de apnea.

- Cambios en el estado mental: letargia, delirio, alucinaciones, Ilanto débil.

- Deshidratación con Shock: Llenado capilar mayor de tres segundos.

- Sangrado: Hematemesis, sangrado rectal, vaginal, epistaxis severa.

- Quemaduras en cara o más del 10% de área corporal.

- Quemaduras por fuego en ambiente cerrado.

- Acontecimiento de aspiración u obstrucción con cuerpo extraño.

- Status convulsivo.

- Status asmático

- Hipertermia maligna.

- Trastornos de sensorio.

- Politraumatismo.

- Herida por arma de fuego.

Cualquier otro caso que amerite atención inmediata en la Sara de Reanimación.

ANEXO 2: LISTA DE DAÑOS SEGUN PRIORIDAD - NIVEL 2

Pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias, cuya atención debe realizar en un tiempo de espera no mayor o igual de 10 minutos desde su ingreso, serán atendidos en Consultorios de Emergencia.

1.- Frecuencia respiratoria 2 de 24 por minuto.

2.- Crisis asmática con bronco espasmo moderado.

3.- Diabetes Mellitus Descompensada.

4.- Hemoptisis.

5.- Signos y síntomas de Abdomen Agudo.

6.- Convulsión reciente en paciente consciente.

7.- Dolor torácico no cardiogénico sin compromiso hemodinámico.

8.- Arritmias sin compromiso hemodinámioo.

9.- Sangrado gastrointestinal, con signos vitales estables.

10.- Paciente con trastornos en el sensorio.

11.- Hipotonía, flacidez muscular aguda y de evolución progresiva.

12.- Descompensación Hepática.

13.- Hernia umbilical o inguinal incarcerada.

14.- Signos y síntomas de descompensación tiroidea.

15.- Contusiones o traumatismos con sospecha de fractura o luxación.

16.- Herida cortante que requiere sutura.

17.- Lesiones en ojos perforación, laceración, avulsión.

18.- Desprendimiento de retina.

19.- Fiebre y signos inflamatorios en articulaciones.

20.- Síntomas y signos de cólera.

21.- Deshidratación Aguda sin descompensación hemodinámica.

22.- Hematuria macroscópica.

23.- Reacción alérgica, sin compromiso respiratorio.

24.- Síndrome febril o Infección en paciente Inmunosuprimido (Ejemplo: Paciente diabético con infección urinaria).

25.- Pacientes Post-Operados de Cirugía altamente Especializada o pacientes en programa de Hemodiálisis, con síntomas y signos agudos.

26.- Coagulopatía sin descompensación hemodinámica.

27.- Sobredosis de drogas y alcohol sin depresión respiratoria.

28.- Cefalea con antecedentes de trauma craneal.

30.- Síntomas y signos de enfermedades vasculares agudas.

31.- Cólico renal sin respuesta a la analgesia mayor de 06 horas.

32.- Retención urinaria.

33.- Síndrome de abstinencia de drogas y alcohol.

34.- Cuerpos extraños en orificios corporales.

35.- Cuerpos extraños en esófago y estomago.

36.- Pacientes con ideación suicida.

37.- Pacientes con crisis de ansiedad.

38.- Pacientes con reagudización de su cuadro sicótico sin conducta suicida ni agitación psicomotora fuera de control.

39.- Cuadro de demencia con conducta psicótica.

40.- Esguinces.

41.- Contusiones o traumatismos leves sin signos 0 síntomas de fractura o luxación.

42.- Enfermedad Inflamatoria de la pelvis.

43.- Coagulopatía

44.- Flebitis o Tromboflebitis.

45.- Herpes Zoster ocular.

46.- Enfermedad eruptiva aguda complicada.

47.- Cefalea mayor de 12 horas.

48.- Problemas específicos en pacientes Obstétricas:

- Hemorragia de cualquier trimestre del embarazo,

- Aborto provocado no terapéutico o intento fallido de aborto.

- Amenaza de parto prematuro.

- Gestante de 2° y 3° trimestre que reporta ausencia de movimientos fetales.

- Sangrado post-parto.

- Hipertensión que complica el embarazo.

- Signos y síntomas de toxemia severa.

- Bradicardia (menor de 120 x min.) y taquicardia (> de 160 x min.) Fetal.

- Traumatismo Abdominal.

- Deshidratación por hiperémesìs.

- Cefalea.

- Epigastralgia.

- Edema Generalizado.

49.- Problemas Específicos en pacientes Pediátricos.

- Cualquier enfermedad en niños menores de 3 meses.

- Dolor Abdominal.

- Trauma craneano sin cambios en el estado mental o fracturas obvias.

- Niños con fiebre y petequias o púrpura.

- Niños menores de 3 meses con T° ≥ que 38° C.

- Niños menores de 2 años con T° ≥ que 39° C.

- Niños con síntomas de infección urinaria.

- Convulsiones recientes, sincope o mareos.

- Cefalea / epistaxis no controlada.

- Quemaduras en menos del 10% de área corporal.

- Trauma ocular no penetrante.

- Laceración que requiere sutura con sangrado activo.

- Niños que han sufrido agresión física.

- Odontalgia.

- Otalgia.

Cualquier otro caso que a criterio del Médico tratante considere necesario la atención en algún Tópico de Emergencia.

ANEXO 3: LISTA DE DAÑOS SEGUN PRIORIDAD - NIVEL 2

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Encuesta de Calidad para los Prestadores Externos

1. ¿Cuál es su apreciación del servicio brindado por el IESS para usted como Prestador Externo? (marque con X)

   ____ excelente ____regular ____muy bueno ____malo ____bueno

2. ¿Cómo califica el procedimiento de "Pago a Prestadores Externos"? (marque con X)
   ___1
   ___2
   ___3
   ___4
   ___5

3. ¿Cuál su estimación del desempeño del área de Evaluación de Documentos como primer proceso para el pago a Prestadores Externos?
   ___alto
   ___medio
   ___bajo
   ___insuficiente
4. ¿Cómo es el nivel de eficiente para respuesta a los inconvenientes que afronta usted como Prestador Externo por parte de los Coordinadores de los subproceso?
   ___satisfactorio
   ___bueno
   ___regular
   ___ineficiente
5. ¿Cuán factible es la gestión de los procedimientos a ser realizados desde que es ingresado el trámite hasta que es cancelado?
   ____ accesible
   ____ demoroso
   ____ tedioso
6. ¿Cuál es la diferencia entre el valor ingresado al valor pagado por la Subdirección de Salud IESS, Pichincha? (marque con una X)
   ____ 65% ____80% ____95% ____ % otro

____70% ____85% ____80%
____75% ____90% ____100%

7. ¿Cuál es el tiempo en el que es liquidado los trámite ingresados del 1ro al 10 de cada mes, Ambulatorio?
   ___ un mes
   ___ dos meses
   ___tres meses
   ___cuatro meses
   ___más de cuatro meses
8. ¿Cuál es el tiempo en el que es liquidado los trámite ingresados del 15 al 25 de cada mes, Hospitalario?
   ___ un mes
   ___ dos meses
   ___tres meses
   ___cuatro meses
   ___más de cuatro meses
9. ¿Considera que el proceso en sí de “Pago a Prestadores Externos” debería mejorara?

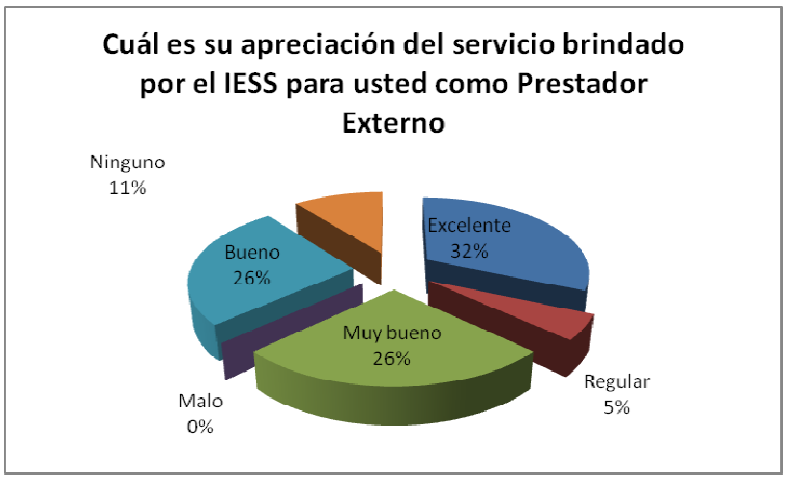
   SI ☐ NO ☐

10. ¿El procedimiento “Pago a Prestadores Externos” se realiza de manera rápida y sencilla, lo que permite disponer de información oportuna?

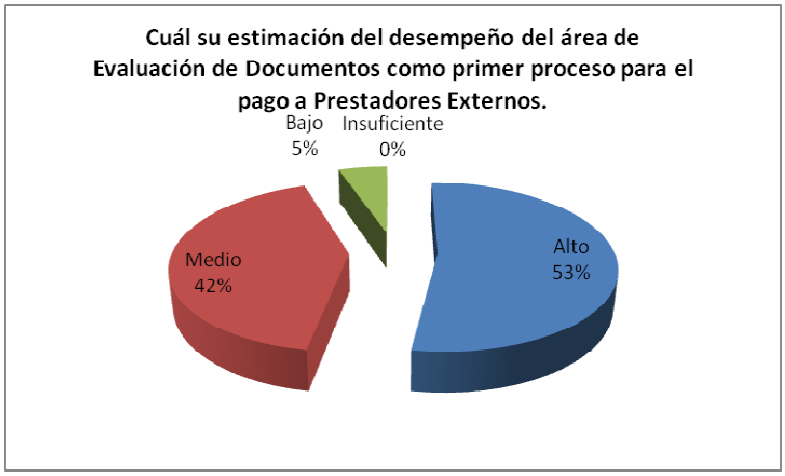
    Nunca____ algunas veces_____ casi siempre_____ siempre_____
11. Recomendaría a otra institución privada de salud que tenga convenio con la Subdirección Provincial de Salud Individual y Familiar de Pichincha IESS.

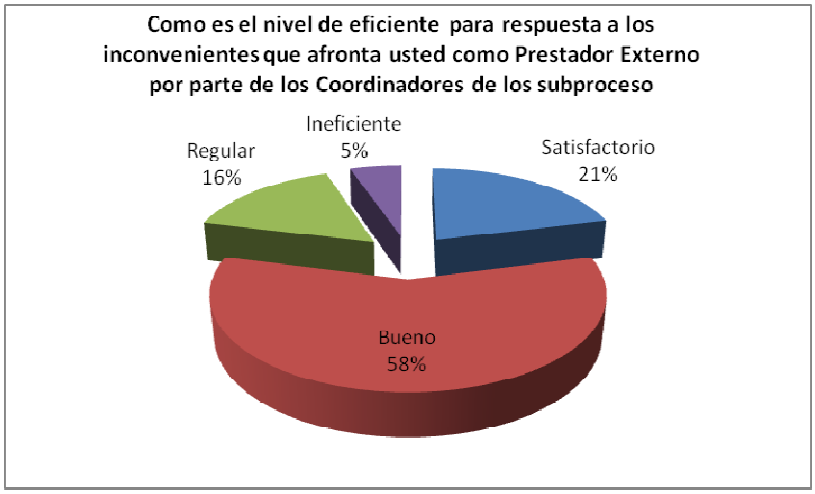
    SI ☐ NO ☐

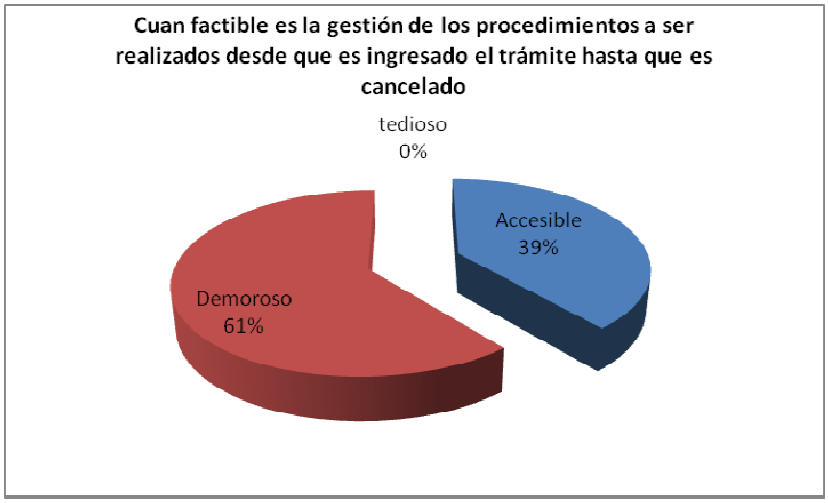
Tabulación

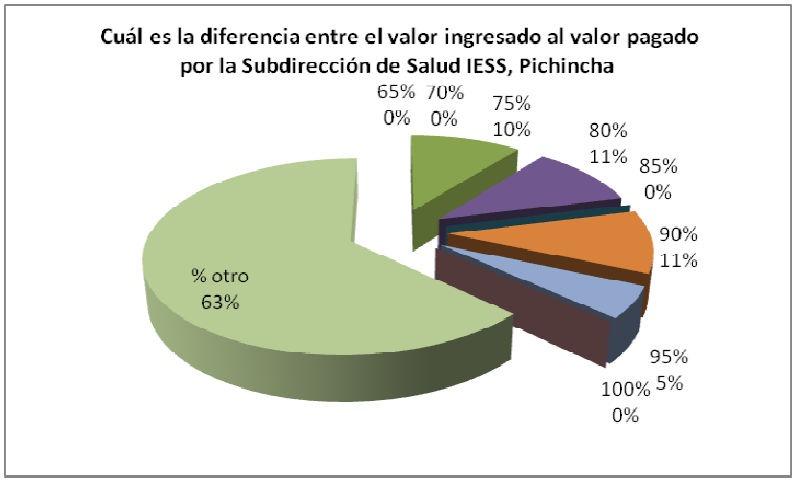

Cuál es su apreciación del servicio brindado por el IESS para usted como Prestador Externo
Ninguno 11%
Bueno 26%
Excelente 32%
Muy bueno 26%
Regular 5%
Malo 0%

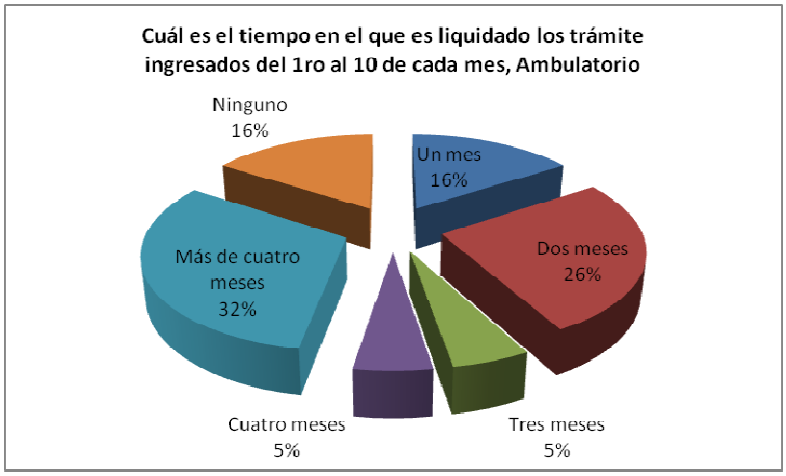
Como califica el procedimiento de "Pago a Prestadores Externos"
Malo 5%
Insuficiente 0%
Excelente 32%
Regular 63%

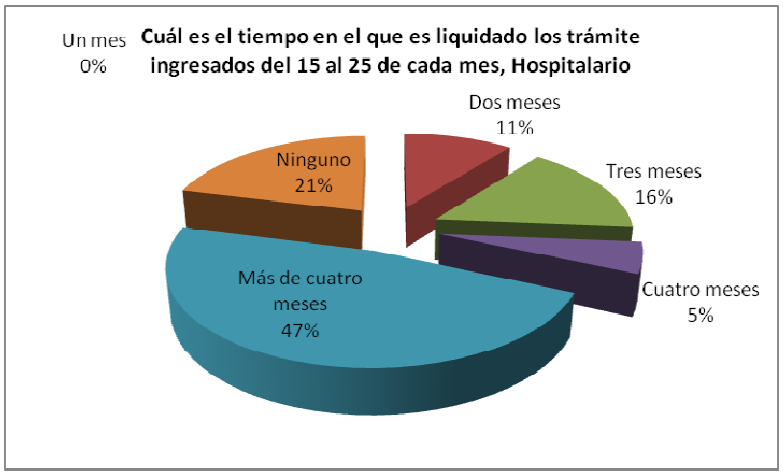

Cuál su estimación del desempeño del área de Evaluación de Documentos como primer proceso para el pago a Prestadores Externos.
Bajo 5%
Insuficiente 0%
Medio 42%
Alto 53%


Como es el nivel de eficiente para respuesta a los inconvenientes que afronta usted como Prestador Externo por parte de los Coordinadores de los subproceso
Ineficiente 5%
Regular 16%
Satisfactorio 21%
Bueno 58%


Cuan factible es la gestión de los procedimientos a ser realizados desde que es ingresado el trámite hasta que es cancelado
tedioso 0%
Accesible 39%
Demoroso 61%

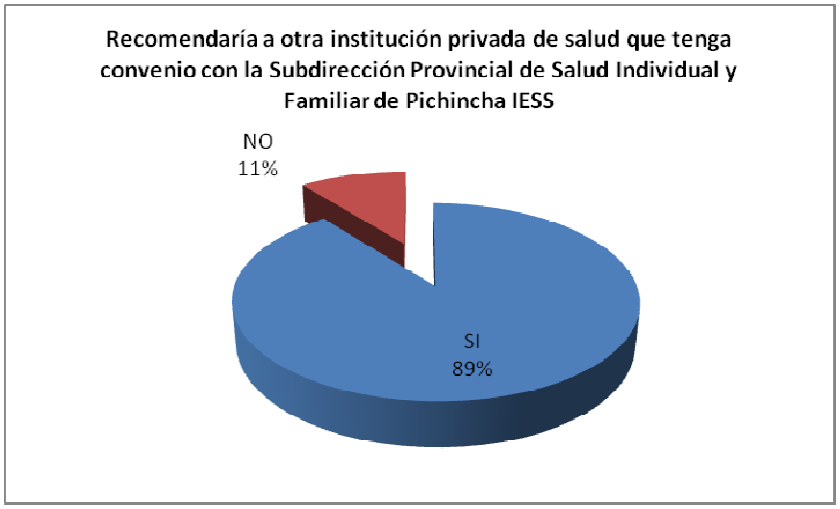

Cuál es la diferencia entre el valor ingresado al valor pagado por la Subdirección de Salud IESS, Pichincha
65% 0%
70% 0%
75% 10%
80% 11%
85% 0%
90% 11%
95% 5%
100% 0%
% otro 63%


Cuál es el tiempo en el que es liquidado los trámite ingresados del 1ro al 10 de cada mes, Ambulatorio
Ninguno 16%
Un mes 16%
Dos meses 26%
Más de cuatro meses 32%
Cuatro meses 5%
Tres meses 5%


Un mes 0%
Cuál es el tiempo en el que es liquidado los trámite ingresados del 15 al 25 de cada mes, Hospitalario
Dos meses 11%
Ninguno 21%
Tres meses 16%
Más de cuatro meses 47%
Cuatro meses 5%

Considera que el procedimiento en sí de "Pago a Prestadores Externos" debería mejorara
NO
0%
SI
100%

El procedimiento "Pago a Prestadores Externos" se realiza de manera rápida y sencilla, lo que permite disponer de información oportuna
Siempre
11%
Nunca
10%
Casi siempre
16%
Algunas veces
63%


Recomendaría a otra institución privada de salud que tenga convenio con la Subdirección Provincial de Salud Individual y Familiar de Pichincha IESS
NO
11%
SI
89%

BIBLIOGRAFÍA

- Fernández, Hernández y Baptista, cuarta edición, Metodología de Investigación, México, 2006
- Julián Laski, 2009, Herramientas Modernas para la Gestión Organizacional: controles internos y gestión por procesos.
- Munch Lourdes, Administración, Gestión Organizacional.
- Pérez Fernández de Velasco, J.A, Gestión por Procesos.
- Hill Charles W. Jones, Administración Estratégica.
- Resolución No. C.D.317 del Consejo Directivo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.
- Resolución No. C.D.020 del Consejo Directivo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.
- Libro Primero de la Ley de Seguridad Social.
- Ley de Derechos y Amparo del Paciente del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.
- Ley Orgánica de Salud.
- http://es.scribd.com/doc/59392186/REDEMERGENCIAS
- http://www.iess.gob.ec/