



Universidad de las Américas

ESCUELA DE NEGOCIOS

PROYECTO PARA LA MEJORA DE LOS PROCESOS TÉCNICO  
ADMINISTRATIVOS PARA LA GESTIÓN Y ATENCIÓN DEL SERVICIO  
DE DERIVACIONES

Autora:

GABRIELA ALEJANDRA ROGEL CAJILEMA

Año  
2022



► [ONLINE.UDLA.EDU.EC](https://ONLINE.UDLA.EDU.EC)



# Universidad de las Américas

ESCUELA DE NEGOCIOS

PROYECTO PARA LA MEJORA DE LOS PROCESOS TÉCNICO  
ADMINISTRATIVOS PARA LA GESTIÓN Y ATENCIÓN DEL SERVICIO DE  
DERIVACIONES

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos  
para optar por el título de

**Magister en Gerencia de Instituciones de Salud**

Profesor guía:  
Mgs. Sandra Salazar

Autor:  
Gabriela Alejandra Roel Cajilema

Año  
2022

## **DECLARACIÓN DE AUTORÍA**

“Declaro que este trabajo es original de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes”

Gabriela Alejandra Rogel Cajilema  
1721080784

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecida primero con Dios por darme fortaleza y salud, a mi amada hija y a mis padres por jamás soltar mi mano, a mi ángel en el cielo, mi familia y amigos, a la Universidad de las Américas por darme la oportunidad de cursar la maestría y a mi tutora que supo guiarme para alcanzar este logro.

## **DEDICATORIA**

Este proyecto se lo dedico a mis padres por que han sido mi soporte para alcanzar todas mis metas, a Naima Isabela por ser mi inspiración. Los amo infinitamente

## RESUMEN

El presente proyecto surge de la necesidad de mejorar el tiempo de respuesta en el área de derivaciones de la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Pichincha. La problemática identificada se debe a la gran cantidad de códigos solicitados y al retraso que se tiene en la emisión de códigos hacia los prestadores externos debido a varios fallos identificados en los diferentes actores que participan en este proceso.

Se propone la realización de un flujograma en el cual se hará hincapié a cada área participante mediante capacitaciones, aclarando sus funciones para la mejora del proceso, logrando unificar conocimientos y aclarando dudas. En primer lugar, al iniciar una solicitud de derivación por parte de los profesionales de la salud se enfatizará en que debe ser clara, deberá cumplir estándares en cuanto al llenado, este punto es importante y clave, ya que con una documentación clara y la emisión de formularios necesarios, se optimizaran los recursos como el tiempo ya que ayudará a una revisión de los mismos más rápida y oportuna, evitando la devolución de formularios para su corrección y se podrá emitir un código sin demora en el tiempo.

Mediante la observación directa se pretende tener información por parte de los derivadores de como proceden ante la solicitud de la derivación, el tiempo que utilizan en la revisión y cuáles son los principales errores o dificultades que encuentran, mediante la entrevista no estructurada se conversará con los funcionarios obteniendo información sobre la percepción del proceso y las dificultades que tienen tomando en cuenta su profesión y el tiempo que laboran, esto también implica la evaluación de los formularios en cuanto al cumplimiento de la normativa.

Una vez generado el código se trabajará con los prestadores que brindan el servicio, ya que deben ser ellos los encargados en comunicarse con el paciente para el agendamiento del turno, logrando la atención a los usuarios.

La atención en forma eficiente y eficaz se puede conseguir mediante una

integración de todos los actores que intervienen en este proceso, es por esto que el personal debe estar capacitado para ofrecer un servicio.

## **ABSTRACT**

This project arises from the need to improve the response time in the referral area of the "Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Pichincha ". The problem identified is due to the large number of codes requested and the delay in the issuance of codes to external providers due to several failures identified in the different actors involved in this process.

It is proposed that a flowchart be drawn up in which emphasis will be placed on each participating area through training, clarifying their functions in order to improve the process, unifying knowledge and clarifying doubts. First of all, when initiating a referral request by health professionals, it will be emphasized that it must be clear, it must meet standards in terms of filling out, this point is important and key, since with clear documentation and the issuance of the necessary forms, resources and time will be optimized since it will help to review them more quickly and timely, avoiding the return of forms for correction and a code can be issued without delay in time.

Through direct observation, the aim is to obtain information from the referrers on how they proceed with the request for referral, the time they use in the review, and so we are going to identify what are the main errors or difficulties they encounter.. The unstructured interview will be used to talk to the officers and users to obtain information on the perception of the process and the difficulties they have, taking into account their profession and the time they work.

## Tabla de contenido

<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>1</b>
REVISIÓN DEL ESTADO DEL ARTE Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
ANÁLISIS AMBIENTAL SITUACIONAL .....	1
Introducción.....	1
Análisis de la Situación Actual de Gestión Gerencial .....	2
Oferta y Demanda de Servicios:.....	3
Análisis geoespacial y geopolíticos: .....	4
Oferta de Servicios:.....	5
Población atendida: .....	6
Demanda de servicios insatisfecha: .....	6
Planteamiento del Problema.....	7
Justificación del Planteamiento del Problema.....	8
Objetivos General y específicos del plan para la prestación de servicios .....	8
Objetivo general .....	8
Objetivos específicos.....	8
Oportunidades de mejora para la prestación de servicios:.....	9
Matriz de evaluación de alternativas estudiadas .....	10
Marco Teórico Conceptual .....	11
<b>CAPITULO II.....</b>	<b>16</b>
JUSTIFICACION Y APLICACIÓN DE METODOLOGIA CUALITATIVA PARA LA REALIZACION DEL PLAN DE PRESTACION DE SERVICIOS.....	16
Instrumentos: .....	16
Población y muestra .....	17
Resultados y Hallazgos de la investigación.....	22
<b>CAPITULO III.....</b>	<b>25</b>
PROPUESTA DE SOLUCION: FORMULACIÓN PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL.....	25
PLANEAMIENTO ESTRATEGICO .....	25
PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL.....	27
PROPUESTA DE SOLUCION: FORMULACIÓN PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL.....	27
Gestión Gerencial de la Dirección .....	27
Indicadores de Calidad por áreas (proyección cinco años) .....	28
Flujograma a aplicar.....	29
Cronograma .....	30
Presupuesto.....	30
<b>CAPITULO IV .....</b>	<b>31</b>



EVALUACION E IMPLEMENTACION INTEGRAL DE GESTION GERENCIAL.....	31
Limitaciones y/o Restricciones en la Gestión Gerencial.....	31
Conclusiones y Recomendaciones .....	31
<b>GLOSARIO.....</b>	<b>33</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>34</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>36</b>
Anexo 1. Encuesta realizada .....	37
Anexo 2. Formulario 053.....	38
Anexo 3. Formulario 007.....	39
Anexo 4. Formulario 012.....	40
Anexo 5. Formulario 010.....	41
Anexo 6. Formulario 013.....	42
Anexo 7. Formulario 006.....	43

# CAPÍTULO I

## REVISIÓN DEL ESTADO DEL ARTE Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### ANÁLISIS AMBIENTAL SITUACIONAL

#### Introducción.

Este estudio se enmarca dentro del marco de las Prioridades de Investigación en Salud 2013-2017, que tiene como objetivo optimizar los recursos para la realización de la investigación e impactar positivamente en la calidad de la misma, consiguiendo así una mayor eficiencia. Coordinar los esfuerzos de todo el personal del sistema sanitario para alcanzar sus objetivos, para lograr los objetivos del Buen Vivir. (Ministerio de Salud Pública, 2013 - 2017)

Este estudio se realizará en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) creado mediante Decreto N° 40 del 2 de julio de 1970, publicado en registro oficial del 10 de julio de 1970, con la misión de ser el organismo prioritario de las familias ecuatorianas para garantizar el derecho a servicios de salud integrales, eficaces y sostenibles, durante toda la vida de los asegurados, de conformidad con los principios de solidaridad e igualdad. (Superintendencia de Bancos, s.f.)

Existe la norma técnica alternativa en cuanto a la relación entre la prestación de servicios médicos y la percepción económica de finalidad entre las entidades de la red pública mundial de salud y la red privada complementaria. Se pretende regular la modalidad de gestión de las relaciones entre entidades. Relaciones Usuario/Paciente. Asegurar el acceso universal, oportuno y equitativo a los servicios médicos en establecimientos médicos con una red integral de salud pública y una red privada complementaria. (Ministerio de Salud Pública, 2017)

En el IESS existe el área de derivación encargada de las derivaciones médicas, que es parte del seguro de salud general y familiar a través del cual se generan códigos para que el asegurado pueda ser atendido por proveedores externos y los cuales se encuentran certificados como proveedores de servicios médicos. (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, s.f.)

Este proyecto se realiza para generar flujos que reduzcan el tiempo de derivación, a través de la revisión y cumplimiento de procesos y normativas, mejorando así la satisfacción de los usuarios, para asegurar la continuidad de la atención, en el caso de

proveedores externos de segundo y tercer nivel. La información será recabada del área de derivaciones de la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud de Pichincha para el período enero a diciembre de 2021.

## **Análisis de la Situación Actual de Gestión Gerencial**

Estructura Administrativa, Financiera y Operativa:

Según la resolución nro. C.D 535 del Instituto de Seguridad Social del Ecuador (2016) *“La estructura orgánica del IESS desarrolla diversos procesos internos para la concreción de competencias, capacidades, misión y visión”*

El proceso sustantivo en los siguientes numerales son los encargados de los procedimientos de derivación.

### 3.1 Direccionamiento técnico

#### 3.1.3 Gestión del Seguro General de Salud Individual y Familiar

En su literal t: Proponer el manual de procedimientos de operación del sistema de Referencia, Contra referencia y Derivación para el otorgamiento de las prestaciones de salud de Unidades Médicas del IESS y de otros prestadores de Salud públicos y privados;

#### Gestión Nacional de Aseguramiento del Seguro de Salud

Literal q: Emitir recomendaciones para el mejoramiento continuo del proceso de derivaciones;

Una derivación es un procedimiento por el cual una unidad de salud envía a los usuarios a cualquier nivel de atención a un prestador externo del mismo o mayor nivel de complejidad.

Este procedimiento empieza por los profesionales de la salud, ya sea para la realización de exámenes, consultas de especialidad o tratamientos complementarios enviando el formulario 053 con los datos claros y justificando la derivación y el formulario correspondiente según el procedimiento o tratamiento solicitado, se establece el nivel de atención al que va a ser referido y el personal administrativo de las unidades realizan la búsqueda del procedimiento requerido mediante la prelación al no encontrar una respuesta en las unidades internas, se envía mediante correo electrónico la documentación al personal encargado en la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud quienes emitirán un código de derivación mediante el sistema de

ADASS hacia un prestador externo, después de revisar la documentación y verificar que se cumpla con la normativa vigente. El código se remite al prestador y a la unidad médica que lo solicitó mediante correo electrónico.

### **Oferta y Demanda de Servicios:**

En el área de derivaciones actualmente laboran 14 personas en el horario de 8:00 a 17:00. Se encuentra conformado por el líder, una persona encargada de emergencia, otra persona encargada de derivaciones provinciales y once personas encargadas de unidades internas y externas. La meta diaria corresponde a la emisión de 87 códigos durante la jornada laboral además de la atención que se da a las personas que acuden presencialmente.

Durante el año 2021 se emitieron 296742 códigos que, a pesar de cumplir con la meta diaria, no se logra cubrir toda la demanda solicitada por parte de las unidades debido a la grande demanda de exámenes complementarios y procedimientos solicitados retardando la atención de los afiliados y beneficiarios.

La resolución C.D 308 tiene como objetivo reenfocar y potenciar los servicios médicos del IESS a través de un enfoque holístico, personal y familiar. Mediante una estrategia innovadora de atención primaria estableciendo la atención de primer nivel como acceso inicial y forzoso al sistema de salud. El primer nivel de atención está constituido por las siguientes unidades: (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, s.f.)

Dispensarios del Seguro Social Campesino (SSC).

Puesto de Salud

Centro de Salud A

Centro de Salud B

Centro de Salud C: Materno Infantil y Emergencia

Dispensarios Anexos (DA);

Establecimientos de segundo nivel anidado

El segundo nivel de atención en la provincia de Pichincha está constituido por el Hospital San Francisco de Quito y el tercer nivel en la misma provincia lo forma el Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín

Enfoque integral, individual y familiar

**Integral:** Los asegurados en su primera cita en el nivel I son atendidos observando sus condiciones biológicas, psicológicas y sociales con el fin de integrar todos los aspectos que afectan o apoyan su salud. (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, s.f.)

**Familiar:** Las circunstancias familiares y comunitarias del asegurado son factores que inciden directamente en el estado de salud, siendo determinantes para el éxito de las sesiones de tratamiento y curación de los problemas de salud que se presenten. (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, s.f.)

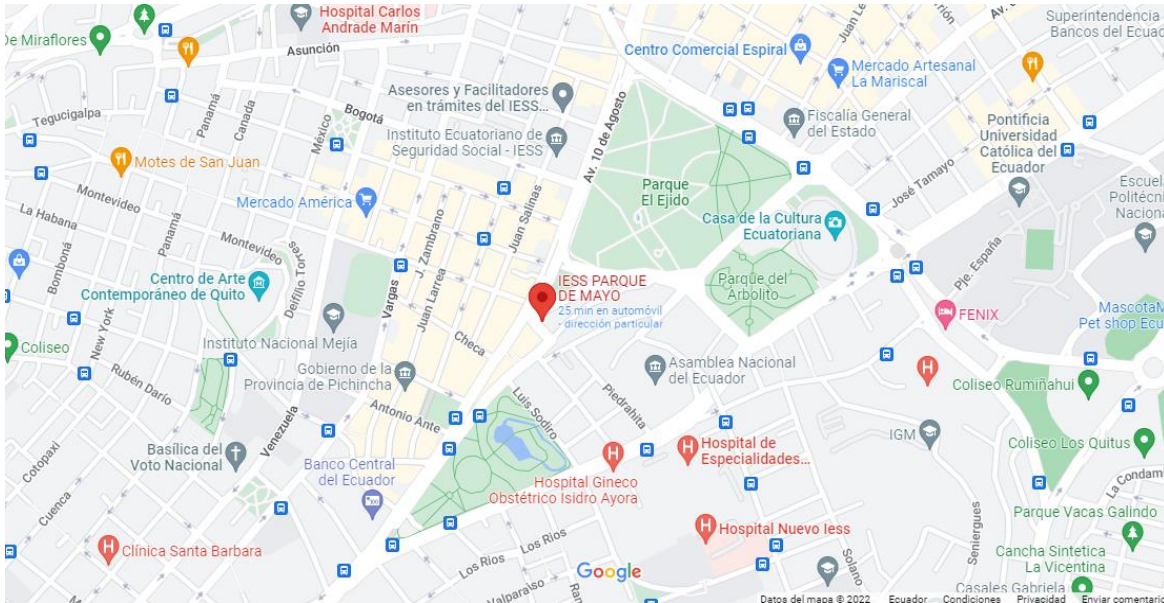
**Individual:** Se trata al asegurado de una forma personalizada. (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, s.f.)

La atención médica masiva que brindan los afiliados y beneficiarios del IESS se ha intentado abordar mediante la incorporación de proveedores externos a la red a la Red del Seguro General de Salud Individual y Familiar.

Sin embargo, para garantizar la continuidad de la atención, en caso de requerir de prestadores externos de segundo y tercer nivel, debe notificarse y contar con la autorización de las Coordinaciones o Unidades Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud, previa verificación de la pertinencia médica para el problema de salud de los asegurados, excepto en caso de estabilización de urgencias o emergencias. (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, s.f.)

### **Análisis geoespacial y geopolíticos:**

Anteriormente el área de derivaciones se ubicaba en el edificio el edificio Chimborazo (Tarqui y 10 de Agosto), posteriormente en busca de un espacio para una mejor atención de los beneficiarios se ubicó en la matriz en el primer piso en la Av. 10 de Agosto y Bogotá , en la ciudad de Quito, actualmente el área de derivaciones se encuentra en ubicado en el edificio Parque de Mayo en las calles Estrada y Avenida 10 de agosto en el mezzanine, ahí laboran 14 funcionarios en el horario de 8:00 a 17:00. (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, s.f.)



### Oferta de Servicios:

Actualmente el IESS cuenta con 56 prestadores de salud que cuentan con la acreditación necesaria para formar parte de la Red Plural del SGSIF a nivel de Pichincha.

En el primer nivel esta Medinorte considerado un centro de Salud tipo B que brinda servicio de consulta externa y laboratorio.

El segundo nivel consta de centros y clínicas de especialidades, además de Hospitales Generales y Básicos, Servicios de atención domiciliaria como por ejemplo Asistanet s.a., Biodilab, Fundación Carlos Mosquera, Kardiologen, NV Salud S.C.C, Oftalmodex S.A, Clínica Santa Barbara, Clínica Santa María, Cendiavia CIA., Centro Cefavis, Clínica Dame S.A., Clínica de Especialidades María Auxiliadora, Family Medical Centro Médico de Atención Integral, MVA Physiocenter Centro de Rehabilitación integral, Sistemas Medicos de la USFQ, Clínica Emergencias San Francisco, Visión y Piel, Linde, Soden Social Dental, Hospital Novasalud, Centro Médico Vidasur, Clínica de Especialidades GEP Colonial Compañía Limitada, Innova Salud, Clínica de Especialidades Sur, Clínica La Merced.

El tercer nivel está formado por centros y hospitales especializados, laboratorio clínico de alta complejidad, radiología e imagen de alta complejidad lo conforman la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe, Incorazon, Insnep, Larco visión, Medilaser, Soden Social dental, Zurita & Zurita, Armimed, Contigo Sur, Terralegre, Clínica de Neurociencias, DMI

Center, Cetcus, Baxter, Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, Clínica Harvard – Instituto Radiológico Harvard, Clinefnorte, Hospital Alianza del Ecuador, Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, Fundación Tierra Nueva

### **Población atendida:**

Debido a que el IESS Salud está organizado 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 primaria a través de las libres elecciones reguladas por sus proveedores de salud. (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, s.f.)

En el año 2020 debido a la pandemia a la pandemia de la COVID 19 el número de afiliados disminuyó, pese a esto en el año 2021 se registra un aumento de más de 3'631.057 de asegurados, el 50% se concentra en el sector privado. (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, 2021)

Las personas mayores de 18 años pueden participar con un pago mínimo equivalente a su nivel de vida actual. Para ello, simplemente visite el sitio web del IESS e ingrese su número de cédula y fecha de nacimiento. (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, s.f.)

Los hijos de los afiliados entre 0 y 18 años están asegurados gratuitamente a través del seguro de salud. (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, s.f.)

El cónyuge o pareja de hecho del afiliado también tiene derecho a la prestación médica, lo que requiere que el afiliado pague una prima del 3,41% sobre la base imponible. (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, s.f.)

### **Demanda de servicios insatisfecha:**

Actualmente no se dispone de datos acerca del número de usuarios que no han recibido las atenciones necesarias. Sin embargo, un problema que se puede observar son usuarios que acuden después de varios meses de solicitada su derivación ya que no han recibido llamado o información sobre el estado de la misma. Dejando en evidencia que no existe una correcta información ni un proceso claro para continuar con el procedimiento, teniendo como consecuencias caducidad de los documentos lo que impiden una atención y requiriendo nuevamente una atención. Por esta razón se pretende realizar la mejora de los procesos técnico administrativos para la gestión y

atención del servicio de derivaciones.

## **Planteamiento del Problema**

En el año 2021 hubo una emisión de 296742 de códigos de los cuales, existe un proceso que se debe cumplir de acuerdo a la normativa vigente, sin embargo, se ha detectado que hay desconocimiento por parte del personal encargado del procedimiento en las unidades internas y externas lo que provoca un retraso en el proceso, incumpliendo con la entrega de servicios de salud.

Uno de los problemas detectados son la falla en la emisión de documentación para solicitar un procedimiento o un auxiliar diagnóstico ya que según la norma técnica sustitutiva *de relacionamiento para la prestación de servicios de salud entre instituciones de la red pública integral de salud y de la red privada complementaria, y su reconocimiento económico* se debe seguir cierto proceso que se lo puede resumir de la siguiente manera:

Decisión de derivar (analizar la necesidad del usuario)

Prelación de derivación: tanto para unidades internas como externas, proceso que debe ser documentado física y electrónicamente, debe realizarse con la RPIS, al tener las negativas se remite documentación completa a la Coordinación Provincial.

Responsabilidad y validación: los formularios y documentos deben ser llenados con letra legible y firma y sello de la médico solicitante una vez realizada la prelación y al tener respuestas negativas para el procedimiento se envía por correo electrónico al personal encargado en la Coordinación Provincial

Derivación programada: se realiza de manera planificada, para procedimientos de hospitalización, exámenes, imágenes, terapéuticos ambulatorios.

Para hospitalización: formularios 053 y 006

Exámenes: laboratorio formulario 010, imagen formulario 012, patología formulario 013

Procedimientos diagnóstico o terapéuticos: formulario 053 y 007

La falta de cumplimiento de este proceso provoca dificultades y pérdida de tiempo, ya que muchas unidades refieren a los pacientes con la documentación incompleta directamente a la coordinación para solicitar el código, generando malestar e insatisfacción.



Una vez emitido el código se detecta otro inconveniente, que es la falta de información hacia el paciente para indicar sobre la emisión del código y como se debe proceder una vez obtenido, ya que el establecimiento de salud que recibe al paciente muchas veces no realiza el contacto con el mismo.

En este contexto nace la pregunta ¿Cómo mejorar los procesos técnicos administrativos para la gestión y atención del área de derivaciones en la Coordinación Provincial de Pichincha?

### **Justificación del Planteamiento del Problema**

Según la Real academia española la palabra proceso proviene del latín processus que significa, avance y progreso. Se puede definir como el conjunto de actividades y tareas con miras de obtener resultados.

Los diferentes procesos de la Coordinación Provincial laboran de manera independiente, ya que su enfoque está en el cumplimiento de la normativa y la articulación de las Red nacional y complementaria de Salud, siendo necesario poner en práctica la gestión de procesos con el objetivo de contribuir en el fortalecimiento del área de derivaciones y además obtener un beneficio mutuo gracias a una retroalimentación con las actividades propuestas.

Se busca una mejora del proceso ya que en nuestra área el proceso clave se centra en la atención de los afiliados y beneficiarios, esta mejora necesita de la participación de todos los profesionales con un conocimiento adecuado y unificado, desarrollando un sistema integrado.

### **Objetivos General y específicos del plan para la prestación de servicios**

#### **Objetivo general**

Mejorar los procesos técnico administrativos para la gestión y atención del servicio de derivaciones disminuyendo los tiempos de espera.

#### **Objetivos específicos**

Disminuir los tiempos de respuesta mediante la unificación de criterios con la correcta

aplicación de la norma técnica para la generación de los códigos.

Mejorar la satisfacción de los usuarios mediante un acceso oportuno y eficaz para continuidad de su atención.

Estructurar un plan de retroalimentación con las unidades internas y externas para generar un sistema de retroalimentación e identificación de errores.

### **Oportunidades de mejora para la prestación de servicios:**

El presente trabajo se encuentra dirigido para viabilizar las derivaciones de los usuarios y beneficiarios de cualquier nivel de atención hacia un prestador externo del mismo o mayor nivel de atención de complejidad, buscando la complementariedad de los servicios entregando todos los servicios relacionados con la atención desde el ingreso hasta la resolución de la necesidad de salud.

La propuesta es intervenir en el área de derivaciones para obtener mejoras en el proceso que permita una interrelación entre las diferentes áreas que intervienen en el proceso de derivaciones con el propósito de brindar una atención oportuna a los usuarios.

Al conseguir que los procesos fluyan de manera integral y unificados se puede utilizar y optimizar los recursos disponibles, el principal reto es lograr que los participantes en esta área tengan claros sus roles desde que se toma la decisión de la derivación hasta que el usuario accede a la atención solicitada a los prestadores externos, mediante una comunicación continua y la realización de capacitaciones además de la aplicación correcta de los flujogramas, el personal se encontrará capacitado en sus responsabilidades garantizando procesos y productos eficientes.

**Matriz de evaluación de alternativas estudiadas**

<b>PROBLEMA</b>	<b>CAUSA</b>	<b>EFEECTO</b>	<b>DESAFIOS</b>	<b>ALTERNATIVAS DE SOLUCION</b>	<b>UNIDAD DE GESTION RESPONSABLE</b>
<b>Desconocimiento de la normativa por parte del personal</b>	Falta de revisión periódica debido a rotación continúa del personal.	Retraso en la gestión de derivación	Disminuir la rotación del personal por periodos cortos.	Garantizar capacitaciones continuas para el mejoramiento del área.	Área de derivaciones
<b>Documentación incompleta o mal llenada</b>	Falta de un proceso estandarizado para la llenado y manejo de Formularios	Rechazo o devoluciones de la documentación	Mejorar el manejo y llenado de formularios.	Aplicar un proceso estandarizado que garantice la calidad del registro de formularios	Médicos Área de derivaciones.
<b>Falla en el contacto del prestador con el paciente</b>	Ingreso de números de contacto o correo de manera incorrecta	Perdida de turnos para atenciones derivadas.	Mejorar los registros y en lo posible realizar verificaciones.	Actualización constante de datos por parte del profesional de salud en cada atención.	Prestadores externos.
<b>Ausencia de un plan de capacitación para el personal de unidades internas y externas</b>	Poca organización y tiempo para facilitar retroalimentaciones.	Discrepancia entre los contenidos y la aplicación.	Espacios y tiempos para capacitaciones y retroalimentaciones	Establecer cronogramas de trabajo o capacitaciones Establecer acuerdos y compromisos para mejorar	Área de derivaciones. Unidades internas. Unidades externas.

---

## Marco Teórico Conceptual

Se elabora el marco teórico con el fin de proporcionar conceptos claros que ayuden a entender los términos usados y que se adaptan a la propuesta

El subsistema de derivaciones es un conjunto ordenado de diferentes procesos asistenciales y administrativos, su función es contribuir a garantizar la continuidad de las atenciones de salud, enviando a los usuarios desde establecimientos de menor a mayor complejidad, en busca de atención adicional o de apoyo diagnóstico.

### Definición:

La derivación es un procedimiento por el cual por el cual los prestadores de salud envían a los usuarios o pacientes de cualquier nivel de atención a un prestador externo (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013)

De acuerdo a la Norma Técnica del Subsistema de Referencia, derivación, contra referencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud existen diferentes tipos de derivaciones.

### Tipos de derivaciones:

**Derivación comunitaria:** envío de pacientes desde la comunidad que han sido identificados por líderes comunitarios TAPS, prestadores de medicina ancestral. No se utilizará formulario 053

**Derivación cumplida:** el usuario asistió al servicio al que fue derivado y es registrado en el sistema o aplicativo.

**Derivación no cumplida:** el usuario derivado no asistió al servicio que fue derivado o no fue registrado en el sistema o aplicativo.

**Derivación cumplida efectiva:** el usuario derivado asistió al servicio derivado y fue atendido por el profesional de salud.

**Derivación cumplida no efectiva:** el usuario derivado asistió al servicio derivado y no fue atendido por el profesional de la salud.

**Derivación bien llenada:** el formulario 053 en su sección de derivación se encuentra

---

con los datos completos y letra legible

**Derivación mal llenada:** el formulario 053 en su sección de derivación no se encuentra con los datos completos y letra ilegible.

**Derivación justificada:** la derivación es realizada conforme a las normas de atención y tiene una evaluación positiva del especialista.

**Derivación injustificada:** la derivación no es realizada conforme a las normas de atención y tiene una evaluación negativa por el especialista.

La Norma Técnica de relacionamiento para las prestaciones de Servicios de Salud entre Instituciones de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada complementaria y su reconocimiento. En su Parágrafo primero explica sobre las Derivaciones Programas, siendo un proceso que se realiza de manera planificada, esta se efectuara para internación/hospitalización, realización de exámenes. Procedimientos diagnósticos o terapéuticos ambulatorios.

La gestión del código de validación es de responsabilidad del prestador y del financiador/asegurador, por lo tanto, no es responsabilidad del paciente, su representante o acompañante realizar esta gestión. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017)

#### **Documentación Habilitante para el proceso:**

La Norma Técnica de Relacionamiento para las Prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada complementaria y su reconocimiento en los artículos 19 al 22 describe los formularios que debe ser adjuntados.

- Derivación para internación/hospitalización: formulario 053 y formulario 006
- Derivación para exámenes de laboratorio: formulario 010
- Derivación para exámenes de imagen: formulario 012
- Derivación para exámenes de patología: formulario 013
- Derivaciones para procedimientos diagnósticos o terapéuticos: formulario 053 y formulario 007
- Derivación para interconsulta o consulta especializada: formulario 007

---

## **Pasos para una derivación**

*“1. Las referencias y/o derivaciones serán solicitadas por profesionales de la salud de acuerdo a sus competencias; en su ausencia y únicamente en condiciones de emergencia, realizará otro personal de salud.*

*2. Los profesionales de salud que refieran o deriven a usuarios, ya sea para la realización de consultas de especialidad, tratamientos complementarios u hospitalización, deberán llenar el formulario No. 053 de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia con datos completos y letra legible.*

*3. Se debe utilizar un formulario No. 053 por cada consulta de especialidad que requiera el usuario.*

*4. Para referencia o derivación de usuarios, deben aplicar las normas, guías, manuales, protocolos de atención y guías de práctica clínica (GPC) establecidas por la Autoridad Sanitaria.*

*5. Realizar el registro completo de los datos del usuario en la historia clínica, que permitan justificar el proceso de referencia o derivación.*

*6. Se debe informar al usuario y familiares el motivo e importancia de la referencia/ derivación.*

*7. Se debe establecer el nivel de atención o nivel de complejidad al que es referido el usuario utilizando los criterios de capacidad resolutive, accesibilidad y oportunidad, incluyendo los casos de emergencia.*

*8. El personal administrativo debe coordinar con el servicio de admisión del establecimiento al cual se refiere o deriva para agendar la cita del usuario.*

*9. En el caso de ser una emergencia, el personal administrativo comunicará al establecimiento de referencia o derivación para brindar toda la información pertinente del usuario garantizando su atención inmediata.*

*10. En caso de emergencia, si el nivel receptor no dispone de espacio físico para la recepción definitiva del usuario, debe estabilizarlo antes del envío a otro establecimiento de salud.*

*11. El personal administrativo que agendó la cita no puede rechazar las referencias o derivaciones establecidas.*

*12. El establecimiento de salud deberá contar con el personal administrativo y equipamiento necesario para agendar las citas.*

*13. El establecimiento de salud receptor atenderá únicamente las referencias o derivaciones solicitadas desde el nivel inferior o del mismo nivel de atención; el usuario no podrá acudir al establecimiento de salud de referencia o derivación correspondiente sin tener agendada la cita con hora, fecha y especialidad a la que fue referido o derivado. Se exceptúan los casos de emergencia.*

---

14. *Para todo usuario que vaya a recibir atención de especialidad y/o hospitalización, se debe abrir una historia clínica.*

15. *El personal administrativo que agendó la cita debe informar al usuario y familiares sobre el lugar, consultorio, especialidad y hora de consulta del establecimiento de salud al que es referido o derivado.*

16. *En caso de que un usuario referido o derivado sea agendado a un especialista que no le corresponde a su especialidad, el profesional tiene la obligación de realizar la interconsulta respectiva al especialista que considere necesario, adjuntando el formulario de interconsulta No. 007/2008*

17. *Los profesionales de salud que reciben a los usuarios referidos son los responsables de realizar la contrareferencia respectiva al nivel de atención o de complejidad que corresponde, independientemente de las interconsultas que se realicen con los diferentes especialistas.*

18. *Se debe incluir una copia del formulario No. 053 en la historia clínica del usuario, una vez concluido el proceso.*

19. *Los profesionales de salud deben enviar el formulario No. 053 original con el usuario al establecimiento de salud de referencia y una copia se archivará en la historia clínica.*

20. *El personal administrativo del primer nivel de atención deberá realizar la búsqueda activa para el seguimiento del usuario referido o derivado, en caso de que el mismo no retorne con la contrareferencia al establecimiento de salud, que puede ser a través de la visita domiciliaria u otras formas de comunicación.*

21. *El profesional de salud debe coordinar con el sistema de ambulancias y con los sistemas comunitarios de transporte, en caso de requerir derivación o referencia de emergencia.*

22. *El equipo de salud de los establecimientos que refieren o derivan emergencias debe aplicar las normas, Guías de Práctica Clínica (GPC), manuales y otros documentos normativos emitidos por la Autoridad Sanitaria y tratar sin pérdida de tiempo al usuario que llega con problemas agudos, traumatismos, parto en curso u otras emergencias o urgencias médicas.*

23. *En caso de usuarios en estado crítico, un profesional calificado sea médico/a o enfermero/a debe acompañar durante su transferencia, considerando que el riesgo de traslado no sobrepase los riesgos de tratamiento en el nivel de origen.*

24. *Cuando el profesional de salud acompaña la transferencia en transporte institucional o transporte comunitario a un usuario y fallece en el traslado, obligatoriamente debe regresar al establecimiento de salud de origen, para notificar legalmente el deceso.*

---

25. *El profesional del establecimiento de salud, de acuerdo al caso, derivará o referirá al usuario al nivel de atención y/o de complejidad correspondiente para la realización de exámenes de apoyo complementarios al diagnóstico, siempre y cuando el establecimiento de salud no cuente con dichas prestaciones.*

26. *Todos los profesionales de salud que realicen referencias y contrareferencias deben aplicar la codificación CIE-10 en sus diagnósticos, en todos los niveles de atención.*

27. *Para los usuarios que son atendidos en los consultorios de los establecimientos educativos y que requieren ser referidos o derivados a un establecimiento de salud de mayor nivel de atención o de complejidad, el profesional de salud que los atendió debe coordinar con el establecimiento de salud del primer nivel de atención para el agendamiento de la cita.” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013)*



---

## CAPITULO II JUSTIFICACION Y APLICACIÓN DE METODOLOGIA CUALITATIVA PARA LA REALIZACION DEL PLAN DE PRESTACION DE SERVICIOS.

Este proyecto se realizará en el área de derivaciones de la Coordinación Provincial de Pichincha en la ciudad de Quito, en el edificio parque de mayo en el mezzanine, las personas que se encuentran inmersas son personal del área y los usuarios.

El presente proyecto de mejora se realiza el análisis de los datos obteniendo para conocer el porcentaje de derivaciones según el tipo, con el uso del programa Excel.

Este proyecto de mejora es de tipo descriptivo, se utilizará un diseño cualitativo, además se aplicará la observación directa en busca directa de la información.

### **Instrumentos:**

**Observación directa:** el primer instrumento es la observación directa, la razón por la que se utilizó este instrumento es porque permite tener información de los hechos tal y como se producen en la realidad, se realizara la toma de tiempo desde que llega una solicitud de derivación, la revisión de la documentación con el cumplimiento de la normativa, hasta la generación del código, también se realiza la observación de la infraestructura y finalmente la gestión que se da a los usuarios que acuden.

**Entrevista no estructurada:** se llevará a cabo una encuesta a los funcionarios que laboran en el área, esta entrevista es de tipo no estructurada, permitiendo un dialogo más profundo no solo de las respuestas que se busca obtener sino también de actitudes, valores y percepción del entrevistado, con el objetivo de obtener la mayor cantidad de datos posibles. El propósito de la encuesta es tener un registro de los tiempos de acuerdo al tiempo y experiencia en que labora cada persona.

**Evaluación de formularios solicitando derivaciones:** otro instrumento que se aplicó es la valoración de los formularios enviados según el artículo 13 de la Norma Técnica Sustitutiva de Relacionamiento para la Prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la RPIS y de la RPC, y su reconocimiento económico *“Art. 13.- Responsabilidad y validación. - Los formularios y demás documentos que se utilicen para la derivación deben ser llenados en su integralidad por el médico tratante, con letra clara, legible, sin utilización de siglas o contracciones (excepto las establecidas*

internacionalmente) y con su firma y sello”

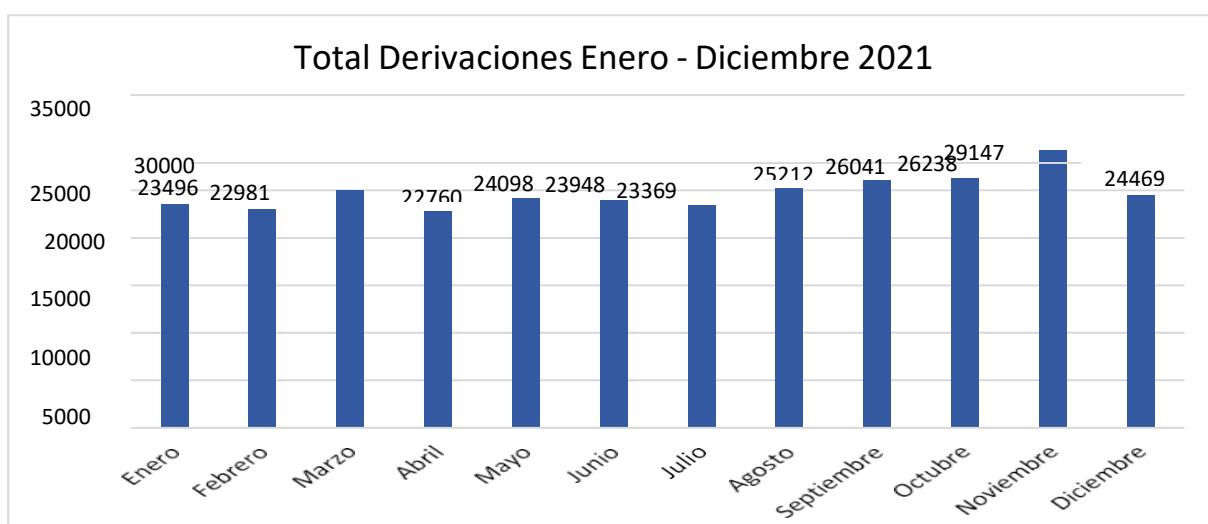
## Población y muestra

Se tomará el conjunto de derivaciones emitidas en la Coordinación provincial de Pichincha desde enero a diciembre del 2021 que equivalen a 296742 que será considerado en su totalidad para el análisis de los datos.

**Tabla 1. Población**

Meses	Hospitalización	Laboratorio	Imagen	Rehabilitación	Oncología	Emergencia	Hemodiálisis	Odontología	Renovaciones	Total
Enero	3397	8828	7053	2022	585	608	81	796	126	23496
Febrero	3804	8526	7301	1890	188	531	27	204	510	22981
Marzo	4465	8931	6848	1608	227	731	47	681	1445	24983
Abril	3427	8010	6631	1654	221	567	36	1081	1133	22760
Mayo	3616	9285	7327	1523	257	634	40	1091	325	24098
Junio	3863	8199	8336	1748	238	598	40	703	223	23948
Julio	3896	8101	7766	1594	262	622	26	912	190	23369
Agosto	3413	10106	8552	1530	246	592	48	590	135	25212
Septiembre	4299	9936	8942	1724	313	458	46	172	151	26041
Octubre	4020	9675	8621	1408	1737	493	80	112	92	26238
Noviembre	4591	7817	8007	1386	5923	500	102	634	187	29147
Diciembre	5568	6001	7418	1664	1587	432	702	953	144	24469
	<b>48359</b>	<b>103415</b>	<b>92802</b>	<b>19751</b>	<b>11784</b>	<b>6766</b>	<b>1275</b>	<b>7929</b>	<b>4661</b>	<b>296742</b>
	16,30%	34,85%	31,27%	6,66%	3,97%	2,28%	0,43%	2,67%	1,57%	

Base de datos de la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud de Pichincha 2021



---

Como se puede observar en los datos obtenidos de las derivaciones del año 2021 de la Coordinación Provincial de Pichincha la mayor parte de derivaciones corresponde a las solicitudes de laboratorio con un 34,85 %, seguido del procedimiento de imagen con un 31,27%.

**Encuesta:**

En la encuesta realizada a los funcionarios se obtuvo la siguiente información:

**Pregunta 1: Cuanto tiempo labora en el área de derivaciones?**

<b>Funcionario</b>	<b>pregunta 1</b>
1	3 años
2	2 años
3	3 meses
4	2 años
5	2 años
6	2 años
7	1 año
8	1 año
9	2 meses
10	1 semana
11	1 año
12	3 meses
13	2 años
14	3 meses

**Pregunta 2: Cual es su profesión?**

<b>Funcionario</b>	<b>pregunta 2</b>
1	Ingeniero
2	Odontología
3	Medico
4	Enfermera
5	Enfermera
6	Psicología
7	Oficinista
8	Enfermera
9	Medico
10	Medico
11	Medico
12	Medico
13	Odontología
14	Medico

---

**Pregunta 3: Cuantos códigos recibe al día?**

<b>Funcionario</b>	<b>pregunta 3</b>
1	150
2	120
3	100
4	110
5	100
6	100
7	100
8	150
9	100
10	45
11	30
12	45
13	100
14	5

**Pregunta 4: Cuantos códigos realiza en el día?**

<b>Funcionario</b>	<b>pregunta 4</b>
1	87
2	87
3	60
4	87
5	60
6	87
7	87
8	87
9	60
10	20
11	15
12	40
13	87
14	5

---

**Pregunta 5: Cuanto tiempo le tomas generar a usted un código?**

<b>Funcionario</b>	<b>pregunta 5</b>
1	5
2	5
3	8
4	6
5	6
6	5
7	6
8	6
9	8
10	10
11	15
12	7
13	6
14	10

**Pregunta 6: Trabaja usted fuera de su horario laboral? ¿Si o no y por qué?**

<b>Funcionario</b>	<b>pregunta 6</b>
1	a veces
2	a veces
3	si
4	a veces
5	a veces
6	si
7	a veces
8	a veces
9	si
10	no
11	no
12	a veces
13	no
14	si

Es importante tener en cuenta que 4 funcionarios si laboran fuera de su jornada laboral con el fin de aumentar su producción de códigos para evitar la acumulación, 7 funcionarios laboran a veces posterior a su jornada laboral con el fin de avanzar en la producción de códigos, además se realiza esto en meses estratégicos como abril, junio y diciembre debido a la renovación que se debe realizar.

---

**Pregunta 7: Antes de emitir un código usted realiza una previa verificación para ver si existe algún código ya generado para lo solicitado?**

<b>Funcionario</b>	<b>pregunta</b>
<b>1</b>	No
<b>2</b>	no
<b>3</b>	no
<b>4</b>	no
<b>5</b>	no
<b>6</b>	si
<b>7</b>	no
<b>8</b>	no
<b>9</b>	no
<b>10</b>	no
<b>11</b>	si
<b>12</b>	si
<b>13</b>	no
<b>14</b>	si

Esta pregunta es clave ya que al no realizar una verificación previa sobre los códigos que se van a generar se puede producir duplicación de los mismos. O al realizar una renovación se puede generar el código sin ser necesario.

**Pregunta 8: Le gustaría recibir capacitaciones para mejorar el área?**

<b>Funcionario</b>	<b>pregunta</b>
<b>1</b>	si
<b>2</b>	si
<b>3</b>	si
<b>4</b>	si
<b>5</b>	si
<b>6</b>	si
<b>7</b>	si
<b>8</b>	si
<b>9</b>	si
<b>10</b>	si
<b>11</b>	si
<b>12</b>	si
<b>13</b>	si
<b>14</b>	si

### Pregunta 9: Cual es la principal causa para devolver los formularios?

Funcionario	pregunta 8
1	letra ilegible, falta de firma y sello, formularios caducados, datos, CIE o Diagnostico incorrecto
2	letra ilegible, falta de firma y sello, formularios caducados, datos, CIE o Diagnostico incorrecto
3	letra ilegible, falta de firma y sello, formularios caducados
4	letra ilegible, falta de firma y sello
5	letra ilegible, falta de firma y sello
6	letra ilegible, falta de firma y sello
7	letra ilegible, falta de firma y sello,
8	letra ilegible, falta de firma y sello
9	letra ilegible, falta de firma y sello
10	falta de firma y sello
11	letra ilegible, falta de firma y sello, formularios caducados, datos, CIE o Diagnostico incorrecto
12	letra ilegible, falta de firma y sello, formularios caducados, datos, CIE o Diagnostico incorrecto
13	falta de firma y sello, formularios caducados
14	letra ilegible

### Resultados y Hallazgos de la investigación

En la observación directa se logró recopilar datos en los que los funcionarios que llevan mucho tiempo direccionan de mejor maneja a los usuarios en cuanto al procedimiento de derivaciones, que el personal con menos tiempo.

En la encuesta realizada a los 14 funcionarios se tomó en cuenta el tiempo que laboran en el área ya que muchas veces la experiencia ayuda a disminuir el tiempo de generación de un código como se demuestra en la pregunta 5, sin embargo, la profesión también es importante debido a que los médicos no generan códigos pues aplican sus conocimientos y pertinencia médica, con la pregunta 8 queda evidenciado que son ellos los que más control tienen sobre datos, diagnósticos o cie 10 con errores.

En cuanto a la evaluación de formularios se solicitó a cada funcionario que revisen cada uno de acuerdo con la normativa vigente, la mayoría de funcionarios expresaron que las

---

solicitudes que más se reciben a diario corresponden a pedidos de laboratorio e imagen lo que con cuerda con los datos obtenidos en la matriz Excel. Otro inconveniente que se encuentra al revisar los formularios es que se solicitan una gran numero de exámenes, loscuales muchas veces no son entendibles, dificultando la emisión de un código ya que los prestadores no realizan dicho examen o solicitan un cambio de código, aumentando el gasto de recursos y el tiempo. Se encontramos problemas entre los diagnósticos y los CIE 10 registrados. La mayor parte de formularios devueltos para su corrección correspondena aquellos que presentan errores en números de cédulas, no se describe nombre firma o sello del médico que solicita.

Otro punto clave que se detectó, es la falta de verificación previa antes de emitir un nuevo código, provocando duplicaciones o generando códigos innecesarios lo que produce nuevamente un gasto de recursos innecesarios. Después de realizar las encuestas y tener reuniones con la líder del área se llega a la conclusión que es importante realizar capacitaciones con el fin de unificar conocimientos y recibir retroalimentaciones.

El medico líder del área, el encargado de emergencias y el medico a cargo de derivaciones de provincias no realizan el mismo número de metas que el resto del personal debido a que ellos realizan otras actividades.

La líder del área se encuentra a cargo de la macro red además de la atención que brinda a usuarios que acuden presencialmente.

El médico de emergencia realiza la evaluación y análisis de estas mediante la revisión del formulario 008 – emergencia, y con la aplicación de los criterios de Manchester cumpliendo la normativa.

El medico encargado de provincias refiere que además de la emisión de códigos, cuando existen procedimientos de intervencionismo es el encargado en tramitar las hospitalizaciones ya que es un requerimiento por parte del prestador que va a brindar la atención. Además, en la atención para pacientes con problemas oncológicos el proceso es más tardío debido a que muchas veces se solicitan exámenes de diagnóstico complementarios por lo que no se pueden emitir códigos de manera inmediata.



---

Por último, debido al número de códigos enviados al día a cada funcionario provoca que 4 de ellos siempre trabajen fueran de su jornada laboral y 7 de ellos trabajen a veces con el fin de evitar acumulación de trabajo.

---

## CAPITULO III

### PROPUESTA DE SOLUCION: FORMULACIÓN PLAN DEGESTIÓN GERENCIAL

#### PLANEAMIENTO ESTRATEGICO

##### Análisis de entorno Social

**Usuarios:** asegurados que solicitan códigos de derivación para atención de exámenes o procedimientos.

**Productos:** códigos que permitan la atención en atenciones en diferentes niveles de atención en los prestadores con convenios.

**Mercado:** La CPPSSP ubicada en el centro sur de la ciudad de Quito, emite códigos para todos los procedimientos y exámenes solicitados por las unidades del IESS además emite códigos solicitados por provincias a nivel nacional.

**Interés en la supervivencia, el crecimiento y la rentabilidad:** La CPPSSP forma parte de la zona 9 del Ecuador, con la implementación del proyecto se mejorará el tiempo de respuesta para las atenciones de los afiliados en los prestadores externos.

##### Análisis FODA

###### Fortalezas

- Personal comprometido con sus funciones
- Cultura de enfoque a procesos de mejora continua

###### Oportunidades

- Cartera de Servicios competitiva

###### Debilidades

- Normativa confusa para la gestión del proceso.
- Procesos desordenados y poco coordinado.
- Incremento de derivaciones injustificadas o renovaciones no justificadas

###### Amenazas

- Problemas con el sistema informativo de derivaciones
- Desabastecimiento de las unidades médicas del IESS
- Falta de personal

##### Planificación Estratégica

###### Misión

*“Proteger a la población asegurada por el IESS, contra las contingencias que determina la normativa vigente, garantizando el derecho al Buen Vivir”* (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, s.f.)

---

## **Visión**

*“Ser una institución referente en Latinoamérica dinámica, innovadora, efectiva y sostenible, que asegura y entrega prestaciones de Seguridad Social con altos estándares de calidad y calidez, bajo sus principios y valores”* (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, s.f.)

## **Valores**

### **“Normativos**

- *Inclusión*
- *Equidad Social*
- *Obligatoriedad*
- *Suficiencia*
- *Integración*
- *Solidaridad*
- *Subsidiaridad*
- *Universalidad*
- *Eficiencia*
- *Transparencia*
- *Participación*

### **Institucionales**

- *Eficiencia*
- *Respeto*
- *Calidez”* (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, s.f.)

## **Objetivos Institucionales**

- *“Incrementar la calidad, calidez y oportunidad en el acceso y entrega de las prestaciones y servicios institucionales a nivel nacional”.* (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, s.f.)
- *Incrementar el acceso al aseguramiento universal obligatorio de la población ecuatoriana urbana, rural y en el exterior”.* (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, s.f.)
- *Incrementar la eficiencia del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social”.* (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, s.f.)

---

## **Principios Éticos**

*“Según el Artículo 4.- Principios éticos de los colaboradores del IESS.- Los colaboradores del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS, en el cumplimiento de sus competencias, funciones, atribuciones y actividades se regirán por los principios de lealtad, eficiencia, probidad, responsabilidad, confidencialidad, imparcialidad, integridad y respeto”. (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, 2019)*

## **PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL PROPUESTA DE SOLUCION: FORMULACIÓN PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL**

La mejora de los procesos técnico administrativos en el área de derivaciones nos ayudara a mejorar el nivel de atención en varias áreas. Es importante ir mejorando la imagen y la percepción que tiene los usuarios y afiliados sobre la institución. En la actualidad existen problemas con las unidades internas, pero mientras se logre una mejorade las mismas, podemos seguirnos ayudando con las derivaciones a unidades externas. Por lo que es necesario mantener un buen manejo para la atención de los afiliados demostrando que la red de servicios que los atiende es ágil es eficiente y que se encuentratrabajando para el bienestar de cada persona.

Este proyecto de mejora en el área de derivaciones se lo realizara utilizando los recursos propios de la institución, empezando por capacitar y unificar conocimientos y criterios a sus funcionarios del área.

Se realiza una propuesta de flujo para crear una derivación, en la que se necesita una buena actuación de todos los participantes.

## **Gestión Gerencial de la Dirección**

*“Se busca la mejora continua siendo un concepto vinculado a diferentes criterios según sus roles individuales en la cadena de producción y comercialización, que depende del punto de vista de lo que se considera calidad, que puede ser en las opiniones de los consumidores, en los criterios basados en el producto o en los usuarios”. (Evans, 2000)*

Podemos considerar a la calidad como una estrategia para el mejoramiento continuo que abarca todas las áreas, puede combinar técnicas de administración, esfuerzo continuo para la mejora y el uso de herramientas técnicas, está dirigido a la mejora de metas, calidad, incremento de la satisfacción de los usuarios.

*“El control de la calidad consiste en un conjunto de métodos y actividades de carácter operativo, que se utilizan para satisfacer el cumplimiento de los requisitos de calidad que se han establecido”. (Gutierrez, 2001)*

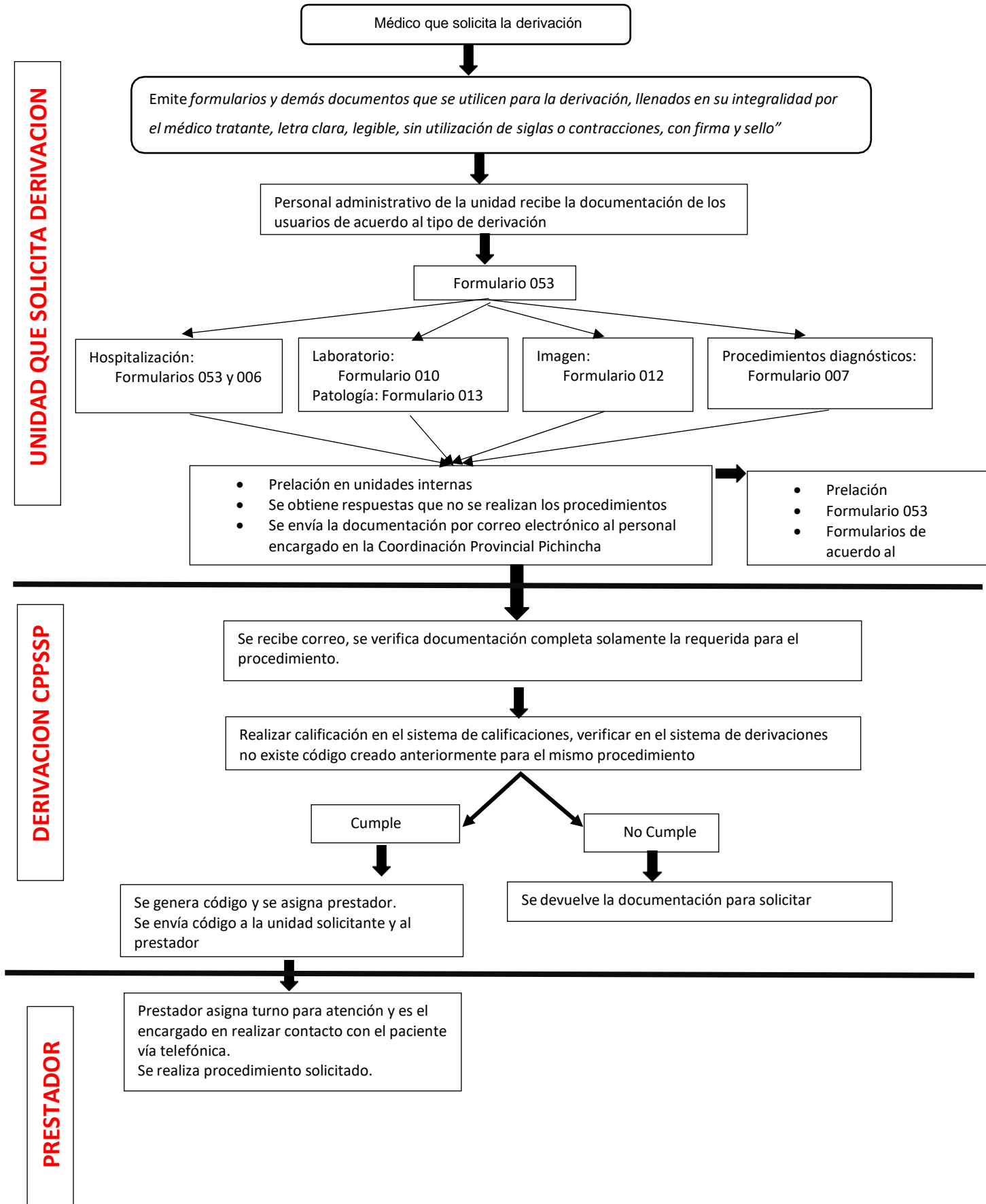
*“El control de calidad se utiliza para identificar causas específicas de cambio y señalar la necesidad de una acción correctiva, si corresponde. El proceso se considera fuera de control cuando existen causas especiales”. (Evans, 2000)*

### **Indicadores de Calidad por áreas (proyección cinco años)**

Se refieren a la capacidad específica de la institución para responder rápida y directa a las necesidades de los usuarios

<b>INDICADOR</b>	<b>FORMULA</b>	<b>APLICABLE</b>	<b>NO APLICABLE</b>	<b>PROCESO</b>	<b>RESULTADO</b>
# de códigos realizados en un día	Códigos emitidos*100/87 meta diaria	X			X
% de número de quejas	n° de quejas resueltas/total de quejas recibidas en un periodo*100	X		X	
%porcentaje de usuarios satisfechos	Numero de valoraciones positivas/total de valoraciones obtenidas	X			X

## Flujograma a aplicar



## Cronograma

Actividades	Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Esquema del proyecto - Análisis situacional	x	x																		
Objeto de estudio, planteamiento del problema y alternativas de solución			x	x																
Metodología de la investigación					x	x														
Formulación del plan gerencial							x	x												
Conversación con autoridades para presentación de proyecto									x	x										
Capacitación a los funcionarios del área de derivaciones											x	x								
Capacitación a los médicos y personal de unidades internas													x	x						
Capacitación a los médicos y personal de unidades externas															x	x				
Aplicación de proyecto, constante auditoría para verificación de cumplimiento del flujo																	x	x	x	x

## Presupuesto

DESCRIPCION	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Laptop	1		
Infocus	1		
Plotter	2	10	20
Flash memory	1	12	12
Varios			150

---

## **CAPITULO IV**

### **EVALUACION E IMPLEMENTACION INTEGRAL DE GESTION GERENCIAL**

#### **Limitaciones y/o Restricciones en la Gestión Gerencial**

La realización de este proyecto a tenido el apoyo de las autoridades de la Coordinación Provincial de Pichicha ya que actualmente la nueva líder del área ha visto los problemas que se presentan y las deficiencias. Sin embargo, al existir constantes cambios de autoridades se espera continuar con la implementación del proyecto y mantener el mismo apoyo.

Un problema que espera poder manejarse es la estandarización y aplicación de la normativa unificada a todos los participantes del proceso, es decir Unidades IESS, prestadores externos, funcionarios de derivaciones.

#### **Conclusiones y Recomendaciones**

La fragmentación y segmentación en la red IESS debe encaminar sus soluciones, mediante una unificación de sistemas de información y sistemas de datos, permitiendo una eficiencia y eficacia en la atención de los usuarios y afiliados.

Monitoreo continuo al área de derivaciones, el cual nos permitirá identificar puntos críticos del proceso, establecer los cuellos de botella, implementar nuevas estrategias paracorrregir o mejorar errores

El programa utilizado para la emisión de códigos debería de mejorarse, mediante la recolección de datos podría emitir alertas para la realización de correcciones o enviar información en el caso de que exista algún código emitido en fechas recientes para el mismo procedimiento.

Realizar un monitoreo continuo nos permitirá mejorar y tomar medidas correctivas a tiempo para el cumplimiento o el mejoramiento del flujo presentado.

Hacer hincapié en que los responsables de tomar contacto con el paciente serán los prestadores asignados para el procedimiento solicitado evitando que los usuarios queden en el aire sin recibir su atención.

Es importante evitar la rotación o cambio en el área de derivaciones, ya que al ingresar una persona nueva sin experiencia debería tener un tiempo de capacitación adecuado para cumplir con el flujograma, si no realiza esto podríamos nuevamente tener un retroceso en el proceso al cometer los errores pasados.



---

Finalmente es importante concientizar sobre las derivaciones, estas deben ser sustentadas caso contrario se debería aplicar la pertinencia médica y evitar exámenes o procedimientos innecesarios.

## **GLOSARIO**

**Derivación:** podemos definirla como el procedimiento por el cual una unidad de salud envía a un usuario a cualquier nivel de atención hacia un prestador externo

**Usuario de salud:** persona que adquiere el derecho a utilizar un servicio de salud.

**Afiliado:** calidad que adquiere una persona una vez que ha realizado la afiliación y que otorga el derecho a los servicios de salud.

**Beneficiario:** personal natural protegida por el seguro General Obligatorio, favorecida por efecto de su relación/afiliación con el afiliado o el causante.

**Prestador externo:** unidad médica que cuenta con convenio vigente con el IESS para atención de sus usuarios



---

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (s.f.). *Sistema de Servicios de Salud*. Obtenido de Sistema de Servicios de Salud:

<https://www.iess.gob.ec/es/sistema-de-servicios-de-salud>

Ministerio de Salud Pública. (2013 - 2017). Prioridades de investigación en salud. *Prioridades de investigación en salud*. Quito, Ecuador.

Ministerio de Salud Pública. (28 de junio de 2017). Acuerdo 0091 - 2107. *Norma Técnica sustitutiva de relacionamiento para la prestación de servicios de salud entre instituciones de la Red Pública Integral y de la Red Privada Complementaria y su reconocimiento económico*. Quito, Pichincha, Ecuador.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (26 de Diciembre de 2013). Norma del Subsistema de referencia, derivación, contrarreferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud. Quito, Pichincha, Ecuador.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (28 de Junio de 2017). Norma Técnica de relacionamiento para la prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada complementaria y su reconocimiento. *Norma Técnica de relacionamiento para la prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada complementaria y su reconocimiento*, 14 - 15. Quito, Pichincha, Ecuador.

Superintendencia de Bancos. (s.f.). *Superintendencia de Bancos*. Obtenido de Superintendencia de Bancos:

<https://www.superbancos.gob.ec/bancos/instituto-ecuadoriano-de-seguridad-social-iess/>

---

## **ANEXOS**

---

## Anexo 1. Encuesta realizada

### Encuesta funcionarios CPPSSP

Encargado de que unidad:

Fecha:

1. ¿Cuánto tiempo labora en el área de derivaciones?  
.....
2. ¿Cuál es su profesión?  
.....
3. ¿Cuántos códigos recibe al día?  
.....
4. ¿Cuántos códigos realiza en el día?  
.....
5. ¿Cuánto tiempo le toma generar a usted un código?
  - 0 – 5 min
  - 5-10 min
  - 10 – 15 min
6. ¿Trabaja usted fuera de su horario laboral? Si no y por que  
.....
7. ¿Antes de emitir un código usted realiza una previa verificación para ver si existe algún código ya generado para lo solicitado?  
.....
8. ¿Le gustaría recibir capacitaciones para mejorar el área?  
.....
9. ¿Cuál es la principal causa para devolver los formularios?
  - Letra ilegible
  - Falta de firma y sello
  - Formularios caducados

## Anexo 2. Formulario 053



Ministerio de Salud Pública  
Hospital Pediátrico Baca Ortiz



### FORMULARIO DE REFERENCIA, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

#### I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres			Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
							dia	mes	año	d-m-a	F=H 2=M
Nacionalidad	País	Cédula de Ciudadanía o Pasaporte		Lugar de residencia actual			Dirección Domiciliaria			Teléfono	
ver instructivo	de escribir país	cédula diez dígitos		Provincia	Cantón	Parroquia	Calle principal y secundaria			Convencional/Calular	

II. REFERENCIA: 1  DERIVACION: 2

#### 1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Historia clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Area		
MSP						
Refiere o Deriva a:						Fecha
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	dia	mes	año

#### 2. Motivo de la Referencia o Derivación

Limitada capacidad resolutive 1  Saturación de capacidad instalada 4   
 Ausencia temporal del profesional 2  Otros/Especifique 5   
 Falta de Profesional 3

#### 3. Resumen del cuadro clínico.


#### 4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos


#### 5. Diagnóstico

	CIE-10	PRE	DEF
1			
2			

Nombre del profesional: \_\_\_\_\_ Código MSP: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

III. CONTRAREFERENCIA: 3  REFERENCIA INVERSA: 4

#### 1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica Nro.	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	Especialidad del Servicio	
MSP						
Contrarefiere o Referencia Inversa a:					Fecha	
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Area	dia	mes	año

#### 2. Resumen del cuadro clínico.


#### 3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos


#### 4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados


#### 5. Diagnóstico

	CIE-10	PRE	DEF
1			
2			

#### 6. Tratamiento recomendado a seguir en el establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad


Nombre del profesional: \_\_\_\_\_ Código MSP: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

MSP/DN/SCG/7/m\_053/1/c/2013

7. Referencia Justificada

FUENTE: SNS-MSP / HCU-form.053 / 2008





**Anexo 4. Formulario 012**

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA		
					FARROQUJA	CANTÓN	PROVINCIA			
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		EDAD	CÉDULA DE CIUDADANIA	
SERVICIO			SALA	CAMA	PRIORIDAD			FECHA DE TOMA		
					URGENTE	RUTINA	CONTROL			
<b>1. ESTUDIO SOLICITADO</b>										
R-X CONVENCIONAL	TOMOGRAFIA	RESONANCIA	ECOGRAFIA	PROCEDIMIENTO	OTROS					
DESCRIPCION <input type="checkbox"/>										
PUEDE MOVILIZARSE		PUEDE RETRASARSE VENDAS, APÓSITOS O YESOS		EL MEDICO ESTARÁ PRESENTE EN EL EXAMEN		TOMA DE RADIOGRAFIA EN LA CAMA				
<b>2. MOTIVO DE LA SOLICITUD</b>								REGISTRAR LAS RAZONES PARA SOLICITAR ACLARACIÓN DE DIAGNÓSTICO		
<b>3. RESUMEN CLÍNICO</b>					<b>4. DIAGNÓSTICOS</b>					
					CIE- CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES					
					PRE. PRESUNTIVO    DEF. DEFINITIVO    CIE    PRE    DEF					
					1					
					2					
					3					
					4					
					5					
					CÓDIGO					
FECHA		HORA		NOMBRE DEL PROFESIONAL			FIRMA		NUMERO DE HOJA	

SNS-MSP / HCU-form.012A / 2008

**IMAGENOLÓGIA - SOLICITUD**

**FUENTE:** SNS-MSP / HCU-form.012A / 2008



## Anexo 6. Formulario 013

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UO		COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA																
						PARROQUIA	CANTON	PROVINCIA																	
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		EDAD		CÉDULA DE CIUDADANÍA															
SERVICIO				SALA	CAMA	PRIORIDAD			FECHA DE TOMA																
						URGENTE	PULSINA	CONTROL																	
<b>1 ESTUDIO SOLICITADO</b>																									
HECOTO PATOLOGÍA		CITOLOGÍA		DESCRIPCIÓN																					
<b>2 RESUMEN CLINICO</b>																									
<b>3 DIAGNÓSTICOS</b>																									
PRE- PRESUNTIVO		DEF- DEFINITIVO		CIE		PRE		DEF																	
1																									
2																									
3																									
4																									
5																									
<b>4 MUESTRA O PIEZA</b>						DESCRIBIR EL PROCEDIMIENTO, O RÍDEB, NUMERO Y ZONA																			
<b>5 TRATAMIENTO QUE RECIBE</b>																									
<b>6 DATOS BÁSICOS PARA CITOLOGÍA VAGINAL</b>																									
MATERIAL				ANTICONCEPCIÓN				EDADES DE:				PARIDAD			FECHAS										
ENDOCERVIC	ENDOCERVIX	PAPANICOLAU	UNICO	BECARIO	CERVICAR	CERVICAL	OTRO	CAPULO	INTESTALE	DIU	LDAQUINA	OTRO	TERAPIA HORMONAL	MENARQUIA	MENOPAUSIA	INDICE DE RELACIONES SEXUALES	OBTENCIONES	PARTOS	ASORTOS	CEZAREAS	ULTIMA MENSTRUACION		ULTIMO PARTO	ULTIMA CITOLOGIA	
											CODIGO														
FECHA		HORA		NOMBRE DEL PROFESIONAL		FIRMA		NUMERO DE HOJA																	

SNS-MSP / HCU-form.013A / 2008

HISTOPATOLOGÍA - SOLICITUD

FUENTE: SNS-MSP / HCU-form.013A / 2008

