



FACULTAD DE POSTGRADOS

MAESTRÍA EN GERENCIA DE INSTITUCIONES DE SALUD

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL PARA LA OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO DE DERIVACIONES DE LA COORDINACIÓN PROVINCIAL DE PRESTACIONES DEL SEGURO DE SALUD, PICHINCHA DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL. PERÍODO 2023-2024

Profesor
Mgs. Mónica Janeth Moncayo Robles

Autora
Adriana Gabriela Herrera Copo

2022

RESUMEN

El área de Derivaciones de la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Pichincha, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, mantiene varios problemas, los cuales impiden un buen flujo del proceso, entre estos se encuentran falta de capacitación del personal a cargo, falta de catálogos y manuales actualizados, mal manejo de la información dinámica de carteras de servicios y disponibilidad en unidades médicas de la Red Interna del IESS. Todo esto ha causado un peregrinar de los pacientes desde las unidades médicas hasta las unidades administrativas sin solución a sus requerimientos de forma oportuna.

Este plan de gestión gerencial es una herramienta que permitirá optimizar el proceso de derivación médica en las unidades médicas del IESS y en el nivel administrativo central, para todos los pacientes que requieren procedimientos quirúrgicos, exámenes de laboratorio o de imagen que son remitidos desde las Unidades de la Red Interna y Externa del IESS de la provincia de Pichincha, con el mejoramiento de registro de carteras de servicio y brindando la prioridad necesaria a los pacientes con diagnósticos más urgentes, así como la promoción del proceso en todas las unidades de salud y la capacitación del personal.

El enfoque del presente plan va dirigido a la capacitación del personal y al desarrollo y elaboración de insumos y productos que servirán para realizar el proceso con mayor rapidez, eficiencia y oportunidad, con el objetivo de brindar una atención integral para toda la población afiliada al IESS en la provincia de Pichincha.

Palabras clave: derivación médica, optimización de procesos, cartera de servicios, prestador externo de salud.

ABSTRACT

The Referrals area of the Provincial Coordination of Benefits of the Pichincha Health Insurance, of the Ecuadorian Institute of Social Security, maintains several problems, which prevent a good flow of the process, among these are lack of training of the personnel in charge, lack of updated catalogs and manuals, poor management of the dynamic information of service portfolios and availability in medical units of the IESS Internal Network. All this has caused a pilgrimage of patients from medical units to administrative units without a solution to their requirements in a timely manner.

This managerial management plan is a tool that will optimize the medical referral process in the IESS medical units and at the central administrative level, for all patients who require surgical procedures, laboratory or imaging tests that are referred from the Units. of the Internal and External Network of the IESS of the province of Pichincha, with the improvement of the registration of service portfolios and providing the necessary priority to patients with more urgent diagnoses, as well as the promotion of the process in all health units and the Staff training.

The focus of this plan is aimed at training staff and the development and preparation of inputs and products that will serve to carry out the process more quickly, efficiently and timely, with the aim of providing comprehensive care for the entire population affiliated with the IESS. in the province of Pichincha.

Key words: medical referral, process optimization, service portfolio, external health provider.

ÍNDICE DEL CONTENIDO

CONTENIDO

1. RESUMEN	2
2. ABSTRACT.....	3
3. INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I.....	3
1. REVISIÓN DEL ESTADO DEL ARTE Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. ANÁLISIS AMBIENTAL SITUACIONAL.....	3
1.2. OBJETIVO GENERAL	19
1.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
1.4. OPORTUNIDADES DE MEJORA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS	19
1.5. MATRIZ DE EVALUACIÓN DE ALTERNATIVAS ESTUDIADAS	21
CAPITULO II.....	23
2. JUSTIFICACION Y APLICACIÓN DE METODOLOGIA CUALITATIVA PARA LA REALIZACION DEL PLAN DE PRESTACION DE SERVICIOS ...	23
2.1. DIAGNÓSTICO DE SERVICIOS, RECURSOS Y CAPACIDADES FUNCIONALES EN LA UNIDAD DE SALUD.....	25
2.1.1. GESTIÓN GERENCIAL DE LA DIRECCIÓN.....	25
2.1.2. GESTIÓN ESTRATÉGICA DE MARKETING	26
2.1.3. GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y DE RECURSOS HUMANOS.....	26
2.1.4. GESTIÓN FINANCIERA.....	27
2.1.5. GESTIÓN OPERATIVA, ABASTECIMIENTO Y LOGÍSTICA	28
2.1.6. GESTIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES	29
4. CAPÍTULO III.....	32
3. PROPUESTA DE SOLUCIÓN DEL PROBLEMA IDENTIFICADO	32

3.1. PROPUESTA DE SOLUCIÓN DEL PROBLEMA IDENTIFICADO:	
FORMULACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL	33
3.1.1. PLANTEAMIENTO ESTRATÉGICO.....	33
3.1.2. ANÁLISIS DEL ENTORNO SOCIAL.....	33
3.1.3. ANÁLISIS DE LA INDUSTRIA DE SERVICIOS DE SALUD.....	37
3.1.4. ANÁLISIS FODA.....	38
3.1.5. CADENA DE VALOR DE LA ORGANIZACIÓN.....	40
3.1.6. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA	42
3.1.7. PROPUESTA DE SOLUCION: FORMULACIÓN PLAN DE	
GESTIÓN GERENCIAL	44
3.1.7.1. GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y DE RECURSOS HUMANOS	46
3.1.7.2. GESTIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y	
COMUNICACIONES	47
3.1.7.3. GESTIÓN OPERATIVA, ABASTECIMIENTO Y LOGÍSTICA..	48
3.2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PREVISTAS.....	49
3.3. PLANIFICACIÓN FINANCIERA DEL PLAN DE GESTIÓN	
GERENCIAL.....	51
5. CAPITULO IV.....	53
4. EVALUACIÓN E IMPLEMENTACIÓN INTEGRAL DE GESTION	
GERENCIAL	53
4.1. LIMITACIONES Y/O RESTRICCIONES EN LA GESTIÓN	
GERENCIAL.....	56
4.2. CONCLUSIONES	58
4.3. RECOMENDACIONES.....	59
4.4. GLOSARIO	60
4.5. BIBLIOGRAFÍA.....	62
ANEXOS	64

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla Nro. 1 Derivaciones 2021 por Coordinación Provincial.....	14
Tabla Nro. 2 Matriz de evaluación de alternativas de solución.....	20
Tabla Nro. 3 Matriz de evaluación de alternativas estudiadas.....	22
Tabla Nro. 4 Estrategias de propuesta de solución para el problema planteado.....	32
Tabla Nro. 5 Actividades del plan de gestión gerencial con su respectivo indicador de cumplimiento y medio de verificación.....	43
Tabla Nro. 6 Cronograma de actividades.....	47
Tabla Nro. 7 Presupuesto estimado del plan de gestión gerencial.....	50
Tabla Nro. 8 Semaforización de cumplimiento del cronograma de actividades.....	51
Tabla Nro. 9 Bandas de tolerancia según porcentaje de cumplimiento de actividades y acciones correctivas.....	54

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Estructura Orgánica de los Procesos Operativos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.....	6
Figura 2. Estructura Orgánica de los Procesos de Apoyo.....	7
Figura 3. Número de establecimientos de salud públicos y privados, 2012 - 2020.....	10
Figura 4. Localización del Edificio Parque de Mayo – Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud IESS.....	11
Figura 5. Atenciones por año en todas las unidades médicas de la provincia de Pichincha.....	13
Figura 6. Evolutivo de las derivaciones y referencias mensuales en el período de enero a diciembre del año 2021	14
Figura 7. Total de derivaciones en la provincia de Pichincha durante los años 2018 a julio 2022.....	15
Figura 8. Árbol de problemas.....	16
Figura 9. FODA del Área de Derivaciones de la CPPSS, Pichincha.....	31
Figura 11. Las fuerzas de Porter.....	38
Figura 10. Cadena de valor de la CPPSS Pichincha.....	40

INTRODUCCIÓN

El déficit de recursos financieros en el sistema público de salud es uno de los desafíos más importantes que deben enfrentar diariamente las instituciones que brindan atención médica a la población, sin embargo, existen procesos que pueden ser optimizados con un bajo presupuesto y sin modificar mayoritariamente el esquema de trabajo de la organización. Este es el caso de las derivaciones médicas requeridas debido a la falta de capacidad resolutive de varios establecimientos de salud, con acciones simples y bien organizadas brindarán resultados importantes, desde la adecuada información del usuario y la reducción de tiempos de espera del paciente hasta la capacitación continua del personal médico y no médico que labora en este proceso.

En el capítulo I se realiza una revisión de la situación actual de la Institución en la que se plantea realizar la implementación del presente plan de gestión es indispensable para obtener una perspectiva clara y certera de las necesidades reales del área de estudio, de esta manera se plantea el problema y se justifica la intervención planificada. La toma de decisiones con el propósito de mejora debe basarse en un análisis exhaustivo de cada problema y sus causas, efectos y desafíos, de esta forma se podrá determinar la factibilidad de cada alternativa de solución planteada.

Las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas de una institución analizadas en el capítulo II, ayudan a identificar las necesidades de esta, por lo tanto, su revisión y análisis son indispensables para la toma de decisiones a nivel gerencial, orientan el actuar de los responsables de cada área del proceso, administrativa, financiera, operativa, etc., permitiendo dirigir los esfuerzos a las necesidades más urgentes e importantes de la Institución.

El capítulo III aborda temas como el fundamento para la elaboración del presente plan de gestión gerencial para la optimización del proceso de derivaciones en las

unidades médicas y administrativas del IESS de la provincia de Pichincha basado en un análisis exhaustivo de la cadena de valor, la misión, visión y objetivos institucionales, considerando los factores económicos, sociales, legales, tecnológicos y políticos que influyen en el objetivo del plan, sus estrategias y actividades propuestas. De este modo, se establecen las estrategias más factibles y ajustadas a la realidad institucional, de igual forma se prepara un cronograma de trabajo con los respectivos responsables de cada actividad, por lo que previamente se conforma un equipo permanente de trabajo. Finalmente se establece un presupuesto aproximado para la ejecución de todas las actividades, el cual deberá contar con la aprobación respectiva por parte de las autoridades competentes.

El capítulo IV, se especifica el control y seguimiento de la implementación y cumplimiento de las actividades establecidas en el plan, debe ser exhaustivo y sujeto a acciones correctivas si es necesario, el compromiso de las áreas responsables, así como de las autoridades encargadas es indispensable para alcanzar los objetivos planteados, sin embargo, se consideran los obstáculos o limitaciones de diferente índole que podrían dificultar la implementación del plan, de esta forma se podrán hacer los ajustes necesarios de ser el caso.

CAPITULO I

1. REVISIÓN DEL ESTADO DEL ARTE Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. ANÁLISIS AMBIENTAL SITUACIONAL

El proceso de derivación médica se fundamenta en principios constitucionales del derecho de una atención en salud oportuna, eficaz y gratuita, de igual manera la ley de seguridad social garantiza el cumplimiento de este derecho irrenunciable.

El convenio marco favorece el relacionamiento entre las unidades médicas de la Red Pública Integral de Salud con apoyo de los establecimientos de salud de la Red Privada Complementaria para garantizar el acceso universal a la atención en salud. Sin embargo, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social mantiene una ventaja sobre otros subsistemas de seguridad social, cuenta con sus propias unidades médicas, por lo cual es indispensable una optimización del proceso de derivaciones que evite la subutilización de los recursos propios, disminuyendo el gasto hacia establecimientos privados, ofreciendo una atención oportuna a los afiliados.

1.1.1. INTRODUCCIÓN

En el sistema sanitario al igual que en todo tipo de negocio o empresa, una administración eficiente de los recursos disponibles es fundamental para lograr la sostenibilidad de los procesos, en este sentido, la gestión gerencial como el conjunto de acciones para alcanzar los objetivos empresariales utilizando recursos básicos, es imprescindible.

Las herramientas y recursos administrativos que ofrece la gestión gerencial reúnen todos los aspectos a ser considerados para una administración eficiente, el talento humano y su capacitación, experiencia, etc., los recursos financieros y su distribución prioritaria, la gestión de logística y su implementación en áreas estratégicas, la auditoría y control de los servicios ofertados para el mejoramiento continuo, la promoción, marketing y publicidad de los servicios ofertados, de esta manera se mantiene la competitividad en el mercado de la empresa en gestión.

En este sentido, la Seguridad Social como institución que ofrece además de otros el servicio de atención en salud, ha enfrentado grandes cambios en el contexto de las políticas implementadas por los organismos internacionales y debido a los retos que tuvo que enfrentar debido a la pandemia ocasionada por el SARS-Cov2, ofrecer un acceso universal y oportuno a la salud, y además contar con un financiamiento sostenible que permita su crecimiento y desarrollo, parece algo inalcanzable.

El sistema público sanitario a nivel de Latinoamérica presenta un problema principal que es la falta de recursos económicos acompañado de una administración ineficiente, lo cual se refleja en demora en la atención médica incluso para pacientes prioritarios y casos emergentes.

En Ecuador, la situación no es diferente, la seguridad social es el segundo subsistema público que ofrece entre otros el servicio de atención médica, sin embargo, las prestaciones en salud para hijos menores de edad, extensión de cobertura para conyugues y montepío, son contingencias que han disminuido la capacidad resolutive de las unidades médicas de la red interna del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Por lo cual la Institución, apoyada en el convenio marco, ha establecido convenios con establecimientos de salud privados, para satisfacer la alta demanda de sus afiliados, no obstante, las unidades médicas de la red interna derivan cada vez más pacientes a estos prestadores de salud privados, adicionalmente, en las unidades médicas internas se ha observado un mal uso de los recursos, desperdicio de insumos y medicación, y la demanda insatisfecha se mantiene, haciendo necesario un mejor control de las derivaciones, de la disponibilidad, de las carteras de servicio y prestaciones, tanto en las unidades médicas como en los prestadores externos de salud.

1.1.2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE GESTIÓN GERENCIAL

La gestión gerencial en salud es un conjunto de acciones para la administración, dirección y control de los procesos institucionales en el área de la salud. Las funciones de la gestión gerencial comprenden desde el establecimiento de políticas de administración hasta el control de los procesos operativos.

Una gestión gerencial eficiente garantiza que todos los aspectos de la empresa están siendo bien administrados y que los recursos son distribuidos de manera estratégica,

de igual manera permite que las políticas establecidas se encuentren alineadas a las prioridades competitivas de la empresa alcanzando los objetivos institucionales y permitiendo que la empresa ofrezca servicios de calidad y que la empresa se mantenga en el mercado.

Para alcanzar los objetivos de la empresa, la gestión gerencial debe contar con ciertas cualidades y habilidades que permitirán una administración fluida y objetiva, así, la implementación de las políticas será amigable y eficiente. Entre estas características se encuentran:

- Planificación
- Organización
- Talento Humano
- Dirección
- Control
- Decisión

En el Ecuador, el subsistema público de seguridad social mantiene una fuerte influencia política, lo cual ha impedido la continuidad de muchos procesos administrativos que permitirían una mejor atención en salud para los afiliados al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

La administración de los recursos públicos en el sistema de seguridad social requiere un seguimiento y control constante para garantizar que estos recursos sean distribuidos equitativamente y no existan desperdicios o malversación. Por lo tanto, una buena gestión gerencial en el sistema público es incluso más importante que en un sistema privado.

Para el caso del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, la aplicación de la gestión gerencial es indispensable tanto para los establecimientos de salud como para las unidades administrativas, considerando que gran parte de los procesos de índole sanitaria involucran a la atención médica brindada en las unidades y a la gestión administrativa realizada en el nivel central.

Por lo tanto, el presente plan de gestión gerencial se orienta a un proceso específico que involucra a las unidades médicas (operativas), como al nivel central (administrativo) del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, el proceso de Derivaciones médicas.

La Derivación médica es un recurso sanitario utilizado a nivel mundial, es así que, se han realizado varios estudios para determinar su eficacia y eficiencia en el ámbito de productividad y oportunidad de la atención de los diferentes niveles de atención sanitaria. En este contexto, la aplicación de los principios gerenciales permitirá que el proceso de derivación médica realizado en las unidades médicas y administrativas del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social mantenga un flujo eficiente y será mejor administrado y ofrecerá un servicio de más calidad percibida por los afiliados.

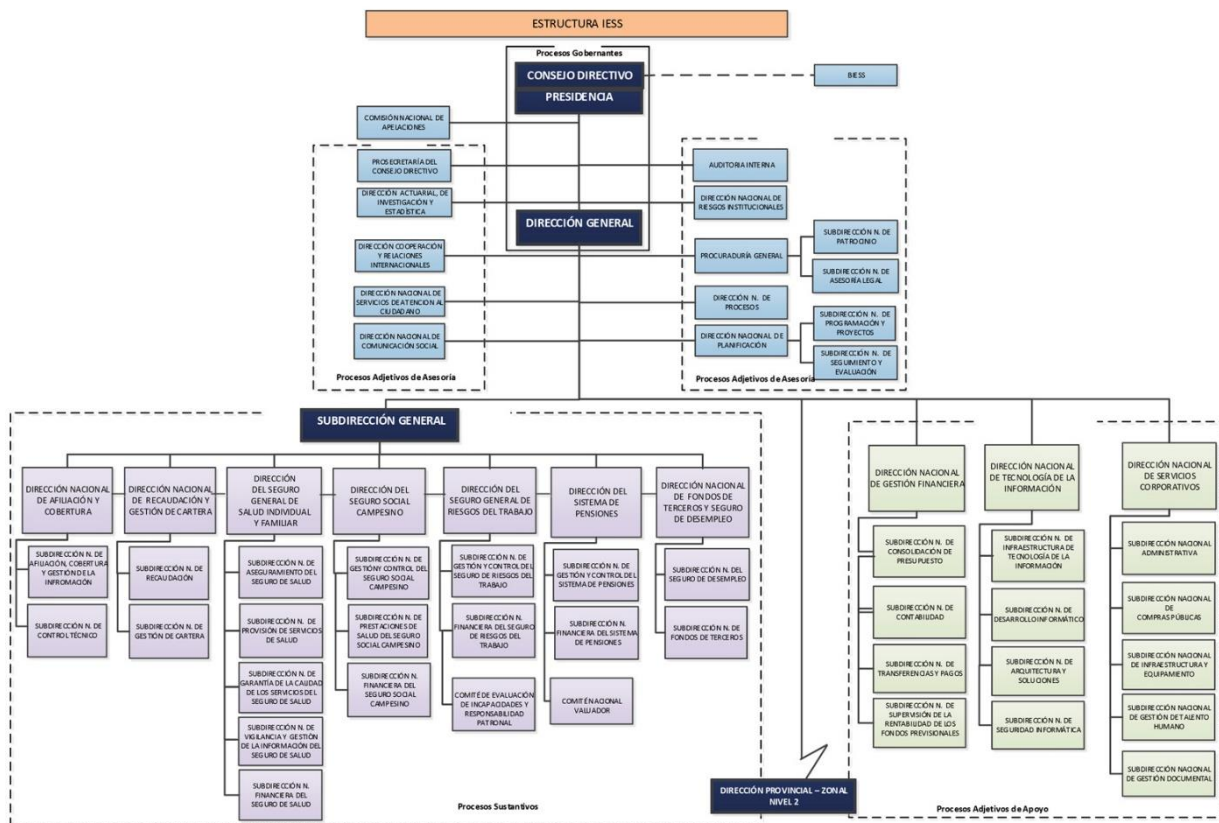
1.1.2.1. ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y OPERATIVA

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social es una entidad autónoma que forma parte del sistema de seguridad social del Ecuador, creado en 1970, conformado por los distintos seguros especializados. (Resolución IESS CD 535, 2017)

- Seguro de Salud Individual y Familiar
- Seguro del Seguro Campesino
- Seguro de Pensiones
- Seguro de Riesgos de Trabajo

Con el apoyo de las direcciones financieras, corporativas, jurídicas, tecnológicas y de control interno correspondientes para el nivel nacional.

Figura 1. Estructura Orgánica de los Procesos Operativos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social



Fuente: <https://www.iess.gob.ec/es/organigrama>

Para el nivel provincial, la estructura es similar, la Dirección Provincial cuenta con diferentes áreas administrativas:

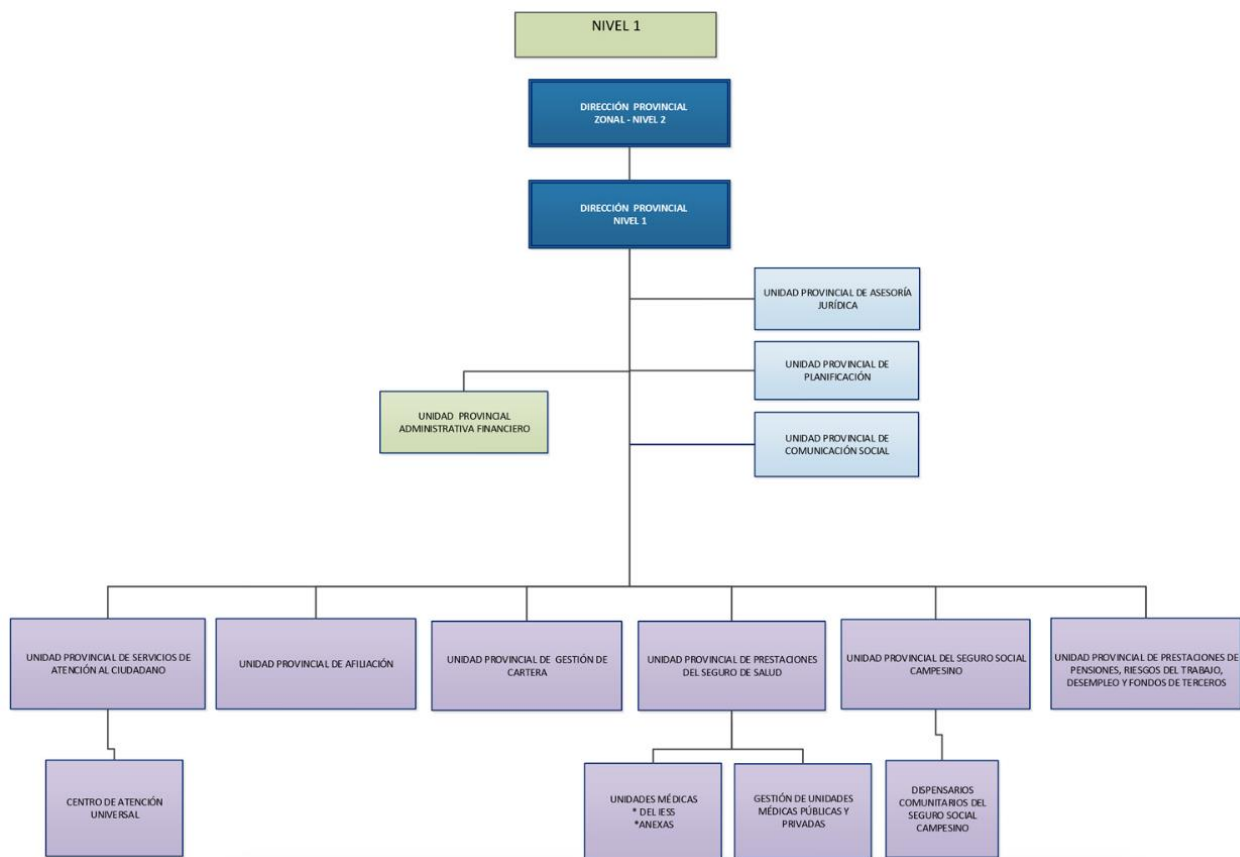
- Unidad Provincial de servicios de atención al ciudadano.
- Unidad Provincial de afiliación
- Unidad Provincial de gestión de cartera
- Unidad Provincial de prestaciones del seguro de salud
- Unidad Provincial del seguro social campesino
- Unidad Provincial de Prestaciones de pensiones, riesgos de trabajo, desempleo y fondos de terceros

Con apoyo de la gestión provincial financiera, jurídica y de planificación.

Para la aplicación del presente plan de gestión gerencial se considera el nivel provincial de la organización del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, específicamente la Unidad Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud, donde se gestionan las derivaciones médicas solicitadas por las unidades médicas de la

red interna y por prestadores de salud de la red privada complementaria que mantienen convenio con el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

Figura 2. Estructura Orgánica de los Procesos de Apoyo



Fuente: <https://www.iesse.gob.ec/es/organiograma>

La Unidad Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud dirige sus procesos mediante una Coordinación Provincial, que es el único puesto jerárquico de esta unidad. La unidad provincial tiene múltiples procesos operativos y administrativos, cuyas responsabilidades y productos se establecen en la Resolución del Consejo Directivo Nro. 535, de fecha mayo 2017. La unidad provincial de prestaciones del seguro de salud cumple con sus atribuciones y responsabilidades a través de sus áreas de gestión provincial:

- Gestión Provincial de Aseguramiento del Seguro de Salud
- **Gestión de Articulación del Seguro de Salud**
- Gestión de Promoción y Prevención de la Salud

- Gestión de Inteligencia de la Salud
- Gestión de Economía de la Salud
- Gestión de Control Técnico del Seguro de Salud
- Gestión de recuperación de fondos del Seguro de Salud

La gestión Provincial de Articulación de la provincia de Pichincha, tiene a su cargo el proceso de derivación médica y la administración del sistema informático de Derivación Médica (exclusivo de esta provincia), el cual ha presentado cierto retraso en el flujo de la atención de las solicitudes de códigos de autorización para derivaciones médicas desde las unidades médicas.

1.1.2.2. OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS

En el sector de la salud a diferencia de todos los demás sectores del mercado, la demanda de los servicios de salud no puede ser predecible, y mantiene problemas constantes de información, considerando que el paciente en sí no crea el total de la demanda de servicios sanitarios.

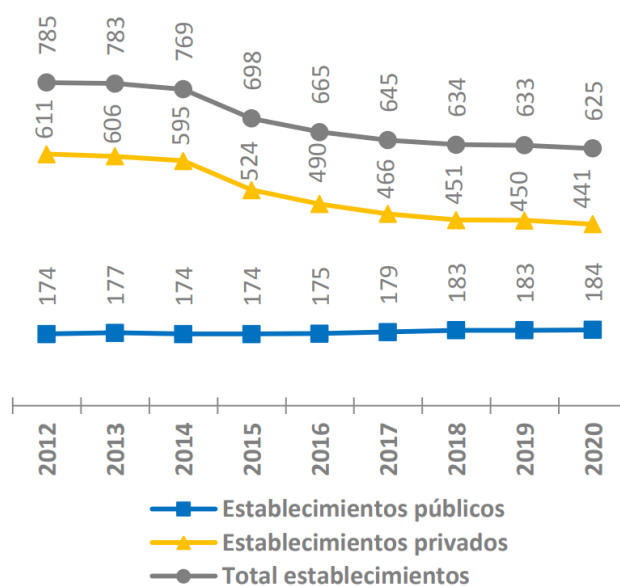
Se puede entender la demanda del sector salud desde dos enfoques, el neoclásico tradicional que parte de un consumidor representativo racional que obtiene su función de demanda maximizando una función de utilidad sujeta a una restricción presupuestaria (11). De este modo se establece una relación inversa entre el precio del servicio de salud y directa con el ingreso del usuario. Aún en este sentido, la demanda varía considerando los servicios subsidiados por seguros médicos privados, servicios gratuitos, etc. En este ambiente donde existe un tercer pagador, se genera una demanda que no puede ser predecible ya que aumenta las cantidades demandadas de los servicios.

Por otro lado, la demanda que nace de la necesidad ya sea como consumo o como inversión, produce la concepción de la salud como un bien que producirá productos beneficiosos a largo plazo, como un stock de días de salud percibidos por el usuario/paciente como un importante beneficio.

La oferta, se entiende como disponibilidad de los servicios de salud ya sea en talento humano, espacios físicos, insumos y dispositivos médicos y medicamentos con los que cuenta un sistema de salud para satisfacer la demanda de la población.

En el Ecuador, la oferta de servicios de salud es diversificada, sin embargo, se debe considerar que la mayor parte de establecimientos de salud son entidades privadas, los cuales no satisfacen la demanda de servicios de la mayor parte de la población que busca los servicios gratuitos o de bajo costo.

Figura 3. Número de establecimientos de salud públicos y privados, 2012 - 2020.



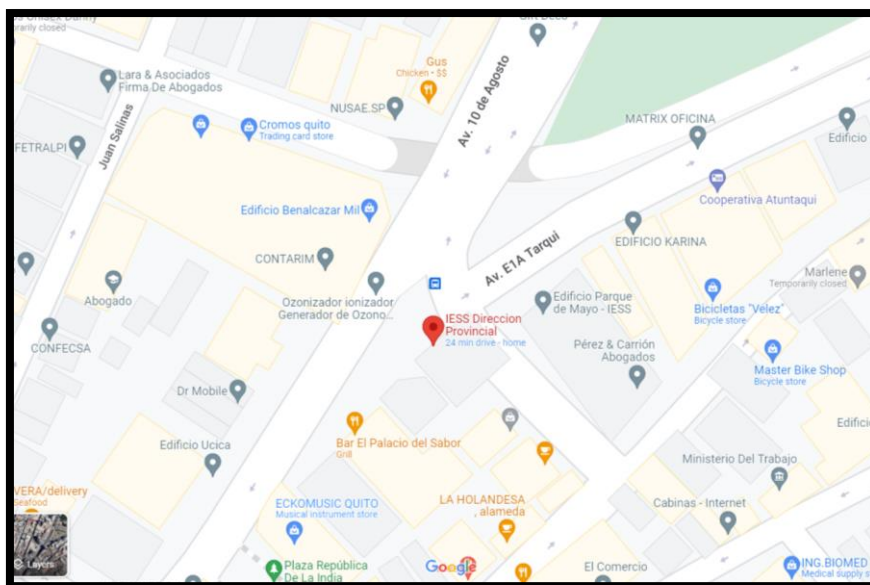
Fuente: Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios 2012 - 2020.

Como se puede observar la mayor parte de establecimientos de salud que presta servicios de internación en el país son de la red privada.

1.1.2.2.1. ANÁLISIS GEOESPACIAL Y GEOPOLÍTICOS

La Coordinación Nacional de Prestaciones del Seguro de Salud, Pichincha funciona en sus oficinas administrativas localizadas en la ciudad de Quito, en la parte centro norte de la ciudad, en la calle Estrada E1-16 y Av. 10 de agosto.

Figura 4. Localización del Edificio Parque de Mayo – Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud IESS



Fuente: Google maps <https://www.google.com/maps/place/IESS+Direccion+Provincial/@-0.2117167,-78.5017887,19.44z/data=!4m5!3m4!1s0x0:0xe4861167dc045918!8m2!3d-0.2118615!4d-78.501429>

1.1.2.2.2. OFERTA DE SERVICIOS

La provincia de Pichincha cuenta con 19 unidades médicas de la red interna, las cuales cuentan con cierta autonomía y administración propias, sin embargo, la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud gestiona la asignación de presupuesto, provisión de servicios, gestión financiera, conformación de micro y macro redes, etc., para las unidades.

En este contexto, se analiza la cartera de servicios y productos que ofrece la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud, específicamente de los productos de la gestión de aseguramiento y las áreas que competen a este plan de gestión (Resolución CD 535 IESS):

1. **GESTION PROVINCIAL DE ASEGURAMIENTO DEL SEGURO DE SALUD**

Articulación del Seguro de Salud (Resolución CD 535 IESS):

1. Informes de seguimiento y evaluación de la aplicación de políticas, normas y reglamentos de los establecimientos de salud para la articulación con la Red Pública Integral de Salud en su jurisdicción

2. Informes de ejecución de los convenios de servicios al interior de la Red Pública y Red privada Complementaria en base al Tarifario Unico de prestaciones establecido, en su jurisdicción
3. Informes de seguimiento y evaluación del sistema de atención de emergencias y la red de ambulancias del IESS, en su jurisdicción
4. Informes sobre la aplicación de la cartera de servicios definida por la Autoridad Sanitaria Nacional en la Red Interna y Red privada Complementaria
5. Insumos para la construcción de macro redes, micro redes de acuerdo al Modelo de Atención
6. Nómina de pagos de maternidad y enfermedad de su jurisdicción
7. Códigos de autorización para atención en salud (ambulatoria, hospitalaria, diálisis, prehospitalaria, trasplante y emergencia), en prestadores privados de salud.

Control Técnico del Seguro de Salud:

1. Informes de calidad de auditoría de la atención de casos y/o temas seleccionados y priorizados de su jurisdicción
2. Informe de auditoría de las derivaciones de su jurisdicción
3. Informes de control y evaluación de la aplicación de metodologías para la entrega de prestaciones económicas por enfermedad y maternidad de su jurisdicción.

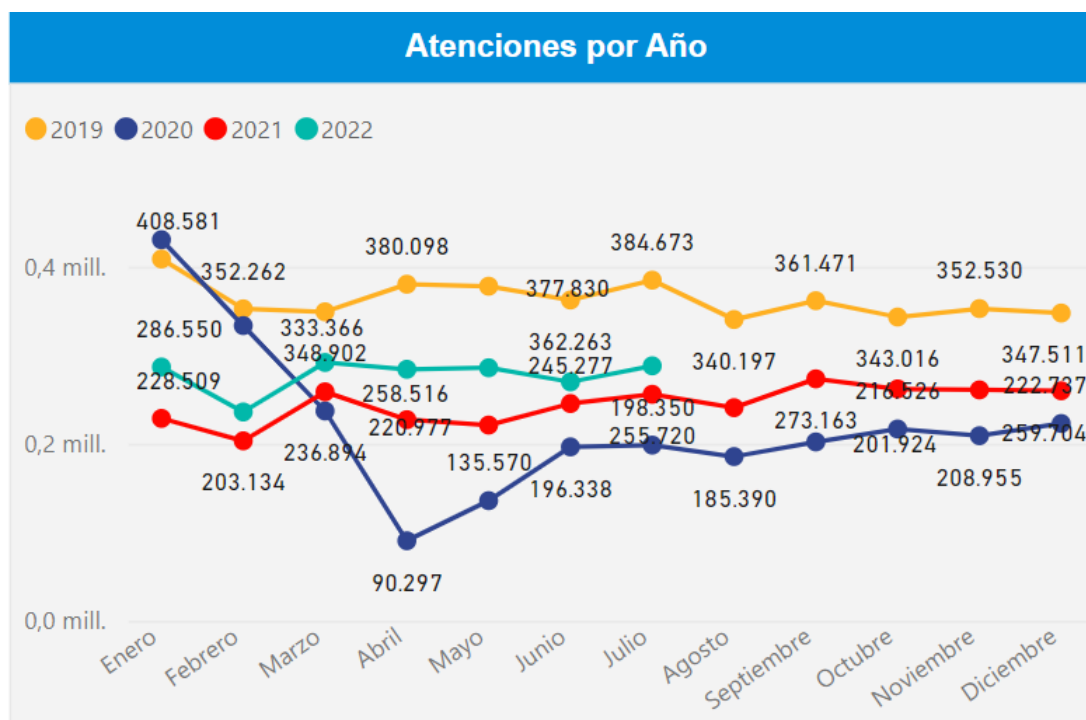
Cabe mencionar que la Coordinación Provincial cuenta además con productos de las demás áreas de gestión provincial mencionadas anteriormente (provisión de servicios, gestión de garantía de la calidad, vigilancia y gestión de la información, gestión provincial financiera).

Adicionalmente, como parte del plan de gestión gerencial se analizará la cartera de servicios de las unidades médicas de la red interna del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y los prestadores privados de salud, más adelante.

1.1.2.2.3. POBLACIÓN ATENDIDA

Las Unidades Médicas de la Red Interna de IESS e la provincia de Pichincha tienen amplia cobertura para los sectores de la provincial, se presentan a continuación las atenciones médicas brindadas en estas:

Figura 5. Atenciones por año en todas las unidades médicas de la provincia de Pichincha.



Fuente: Atenciones de los establecimientos de salud de la red interna del IESS 2019-2022.

Para el fin del presente plan de gestión se presentarán los datos de derivaciones a prestadores privados externos, ya que estas se consideran como demanda insatisfecha de atención en salud por parte del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, inclusive se considera una fuga de recursos importante debido a que se limita los recursos que podrían ser invertidos en las propias unidades médicas.

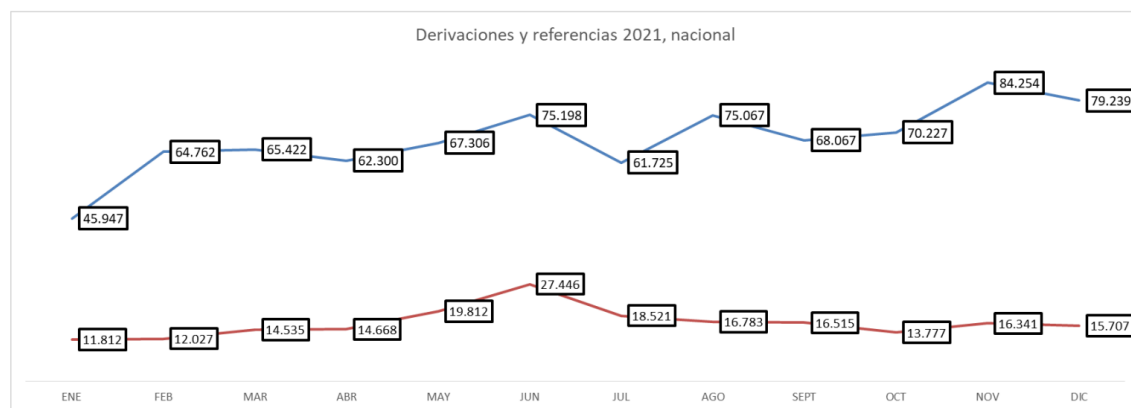
1.1.2.2.4. DEMANDA DE SERVICIOS INSATISFECHA

La derivación médica es el procedimiento por el cual los prestadores de salud envían a los usuarios/pacientes de cualquier nivel de atención a un prestador externo público (Red Pública Integral de Salud) o privado (Complementario) del mismo o mayor nivel de atención y/o de complejidad, cuando la capacidad instalada del

establecimiento o de la entidad a la que pertenece no permite resolver el problema de salud, por la que se le envía, buscando la complementariedad de los servicios previa la autorización correspondiente.

En este contexto, la derivación médica constituye la demanda insatisfecha de cada una de las unidades médicas de la red interna, considerando que se realizan derivaciones para servicios complementarios como laboratorio e imagen, los cuales deberían ser cubiertos por las propias unidades que cuentan con estas prestaciones en su cartera de servicios.

Figura 6. Evolutivo de las derivaciones y referencias mensuales en el período de enero a diciembre del año 2021.



Fuente: Coordinaciones Provinciales Prestaciones del Seguro de Salud
Periodo: ene-dic 2021
Elaboración: CNASS

Como se puede observar la demanda insatisfecha en las unidades internas es demasiado elevada ya que no se cubre la demanda tanto de procedimientos, servicio de laboratorio, servicios de imagen, etc (parte superior), así como de las interconsultas a las diferentes especialidades médicas (parte inferior).

Tabla 1. Derivaciones 2021 por Coordinación Provincial

CPPSS	DERIVACIONES	%
PICHINCHA	317.319	38,7%
GUAYAS	234.792	28,7%
AZUAY	97.549	11,9%
MANABÍ	74.540	9,1%
EL ORO	32.897	4,0%
CHIMBORAZO	25.180	3,1%
LOJA	22.373	2,7%
TUNGURAHUA	8.298	1,0%
IMBABURA	6.566	0,8%
TOTAL	819.514	100,0%

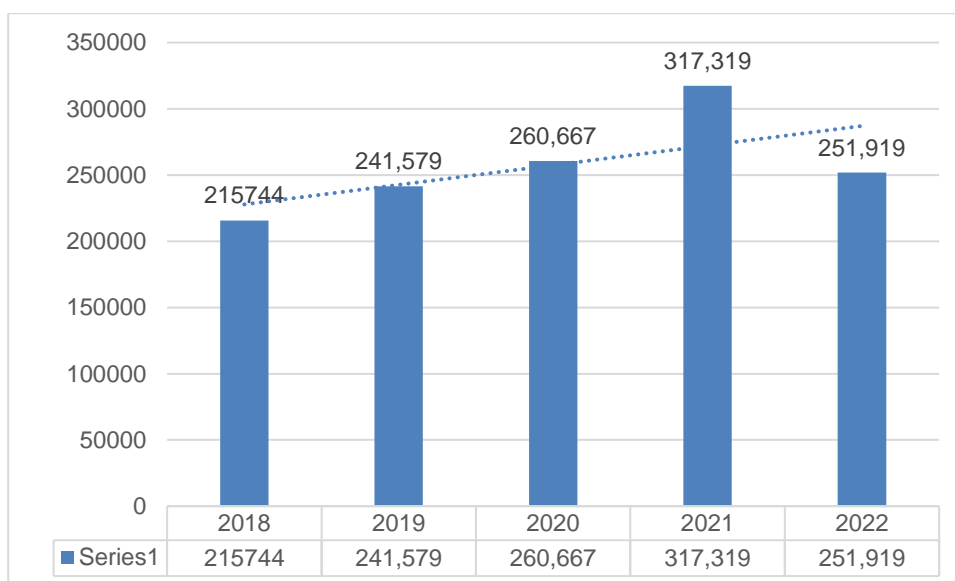
Fuente: Coordinaciones Provinciales Prestaciones del Seguro de Salud

Periodo: ene-dic 2021

Elaboración: CNAAS

En la Tabla 1. se destaca claramente el número de derivaciones realizadas en un año en la provincia de Pichincha, solo esta provincia abarca el 38.7% de las derivaciones a nivel nacional, por lo cual se hace indispensable un mejor control de este proceso para garantizar una adecuada distribución de los recursos, así como el aprovechamiento de toda la capacidad de los recursos propios.

Se considera además las derivaciones en los últimos cinco años, donde se puede observar el comportamiento del proceso en este lapso.

Figura 7 Total de derivaciones en la provincia de Pichincha durante los años 2018 a julio 2022.

Fuente: Derivaciones CPPSS Pichincha

Elaborado por: CPPSS Pichincha

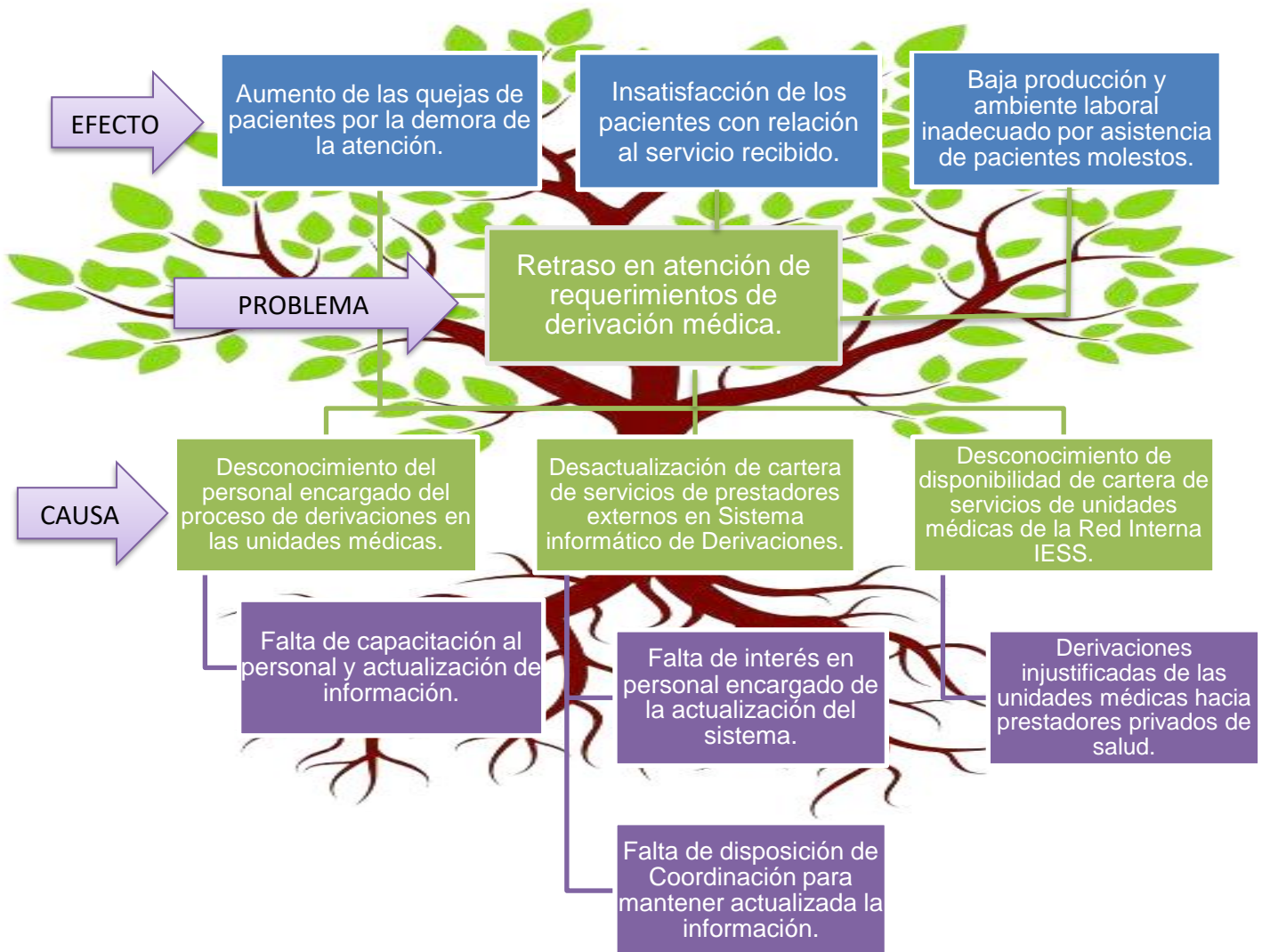
1.1.2.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La derivación médica es una herramienta ampliamente utilizada en los servicios de salud, pretende garantizar una atención oportuna para todos los pacientes que requieren un servicio que no está disponible en el establecimiento al cual acudieron para su atención en primer lugar, sin embargo, la alta demanda en servicios de salud en el sistema público puede impedir un adecuado flujo en este proceso.

El área de derivaciones de la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud, Pichincha, mantiene un retraso importante en la atención de requerimientos de códigos de derivación solicitados desde las unidades médicas de la red interna del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, ocasionando malestar en los pacientes, aumento de las quejas respecto a los servicios de salud, esto se origina en la falta de una organización eficiente del proceso y la desactualización de los insumos normativos institucionales y de la información necesaria para un proceso eficiente.

Adicionalmente, el desconocimiento del proceso integral, de la normativa institucional y una coordinada actuación del personal que labora en el proceso de derivaciones tanto en las unidades médicas como en la coordinación provincial, ha ocasionado que el problema empeore, ocasionando baja producción en la atención de requerimientos y un alargamiento en los tiempos de espera de los pacientes que a la larga puede ocasionar deterioro en su estado de salud.

Figura 8. Árbol de problemas



Elaborado por: Autor

1.1.2.4. JUSTIFICACIÓN DEL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El aumento de quejas de pacientes debido a la demora en la atención médica y la realización de procedimientos médicos perjudica al ambiente laboral en el área de derivaciones de la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud, Pichincha, considerando que todos los procesos son realizados a través de correo electrónico institucional y el sistema de derivaciones para la emisión de códigos de autorización, sin necesidad de que el paciente acuda personalmente. Sin embargo, los pacientes son mal dirigidos a las áreas administrativas desde las unidades médicas en caso de inconformidad y reclamo de los pacientes, ocasionando malestar y un deambular innecesario de estos. Este malestar se traduce en muchas

ocasiones en agresividad hacia el personal de derivaciones de la Coordinación Provincial, por lo tanto, una intervención que optimice este proceso es fundamental. Una eficiente gestión del proceso de derivaciones garantizará el flujo de este y mejorará la calidad del servicio tanto en las unidades médicas, con la utilización adecuada de los recursos propios, y en el área de derivaciones de la Coordinación Provincial permitirá un aumento de su producción.

Para lograr la optimización del proceso de derivaciones en la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud, Pichincha, es necesario identificar a las áreas involucradas y establecer las acciones necesarias en cada una de ellas, el área de derivaciones de las unidades médicas requiere actualización permanente de la normativa institucional, lineamientos específicos, control permanente y una comunicación fluida con el área de derivaciones de la Coordinación Provincial. Por lo tanto, la capacitación regular es necesaria.

La actualización de la cartera de servicios de los prestadores privados de salud en el sistema informático desde donde se emiten los códigos de autorización para los procedimientos médicos, así como la construcción de una base unificada de información de los establecimientos de salud (correo electrónico, gestión de pacientes, teléfono, dirección, etc.), disminuirá el tiempo de emisión de los códigos de autorización, aumentando la producción del área.

Es necesario que las unidades médicas informen constantemente sobre la disponibilidad de sus servicios para evitar las derivaciones a prestadores privados, lo cual deberá ser dispuesto por la autoridad competente, por lo tanto, se revisará y reformará la normativa institucional para el proceso de derivaciones.

Adicionalmente, la motivación del personal que participa en el proceso tanto desde las unidades médicas como en la Coordinación Provincial es fundamental, considerando que es el mayor recurso y el más importante para lograr los objetivos de la gestión estratégica.

1.2. OBJETIVO GENERAL

Diseñar un Plan de Gestión Gerencial para la Optimización del Proceso de Derivaciones de la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud, Pichincha del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, para el período 2022-2023.

1.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Construir una propuesta para la capacitación continua y permanente del personal del proceso de derivaciones de las unidades médicas y de la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud, Pichincha.
- Formular estrategias para mantener actualizada la información de cartera de servicios de prestadores de salud privados en el sistema informático de derivaciones, y para el reporte frecuente y continuo de la disponibilidad de servicios en las unidades médicas.

1.4. OPORTUNIDADES DE MEJORA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Se analizan varias opciones para la mejora en la prestación de los servicios en el área de derivaciones de las unidades médicas y en la Coordinación Provincial, identificando los obstáculos para alcanzar la solución de cada uno de estos. De igual manera es importante identificar la unidad de gestión ya sea operativa o administrativa, que será el principal responsable de la alternativa de solución, de su implementación, control y seguimiento, así como de su ejecución final.

En un ambiente de recursos limitados como ocurre en el sistema de salud pública, se deben considerar todos los factores para la toma de decisiones, la implementación de estrategias que incluyan una inversión importante no suele representar la mejor opción, sin embargo, existen múltiples alternativas que no involucra un alto costo sino únicamente una adecuada y eficiente organización y administración de los recursos disponibles.

Tabla 2. Matriz de evaluación de alternativas de solución.

UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS ESCUELA DE NEGOCIOS MAESTRÍA EN GERENCIA DE INSTITUCIONES DE SALUD “Plan de gestión gerencial para la optimización del proceso de Derivaciones de la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud, Pichincha del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Período 2022-2023” MATRIZ DE EVALUACIÓN DE ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN					
PROBLEMA	CAUSA	EFECTO	DESAFIOS	ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN	UNIDAD DE GESTIÓN RESPONSABLE
Retraso en atención de requerimientos de derivación médica.	Desconocimiento del personal encargado del proceso de derivaciones en las unidades médicas.	Aumento de las quejas de pacientes por la demora de la atención.	Motivar al personal para capacitarse, mediante el uso de herramientas como la Programación Neuro lingüística.	Organización de un cronograma de capacitaciones y talleres para el personal de derivaciones.	Talento Humano
	Desactualización de cartera de servicios de prestadores externos en Sistema informático de Derivaciones.	Baja producción y ambiente laboral inadecuado por asistencia de pacientes molestos.	Lograr la colaboración del personal a cargo de la cartera de servicios de prestadores y del personal informático.	Requerimiento a los prestadores privados de información actualizada, con una planificación coordinada y comunicación efectiva.	Área de derivaciones de la Coordinación Provincial
	Desconocimiento de disponibilidad de cartera de servicios de unidades médicas	Insatisfacción de los pacientes con relación al servicio recibido.	Contrarrestar la comodidad de las unidades al optar por derivación por	Reforma a normativa institucional para disponer a unidades por reporte	Gestión Provincial de Articulación

UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS					
ESCUELA DE NEGOCIOS					
MAESTRÍA EN GERENCIA DE INSTITUCIONES DE SALUD					
“Plan de gestión gerencial para la optimización del proceso de Derivaciones de la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud, Pichincha del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Período 2022-2023”					
MATRIZ DE EVALUACIÓN DE ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN					
PROBLEMA	CAUSA	EFEECTO	DESAFIOS	ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN	UNIDAD DE GESTIÓN RESPONSABLE
	de la Red Interna IESS.		facilidad en lugar de agendar servicios en propia unidad.	continuo de disponibilidad.	
Elaboración: Adriana Gabriela Herrera Copo					
Fecha: 09 de septiembre de 2022					

1.5. MATRIZ DE EVALUACIÓN DE ALTERNATIVAS ESTUDIADAS

La evaluación de la factibilidad técnica, económica y política de las alternativas de solución para el problema identificado es fundamental para la implementación del plan de gestión gerencial, cada alternativa de solución debe ser analizada con los directivos de la institución para una revisión y aprobación de estas, garantizando que se escoja la mejor opción.

Tabla 3. Matriz de evaluación de alternativas estudiadas

PROBLEMA CENTRAL	ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN	CRITERIOS DE SELECCIÓN			
		FACTIBILIDAD TÉCNICA	FACTIBILIDAD ECONÓMICA	FACTIBILIDAD POLÍTICA	PUNTAJE TOTAL
Retraso en atención de requerimientos	Organización de un cronograma de capacitaciones y talleres para el personal de derivaciones.	5	3	3	11
	Requerimiento a los prestadores privados de información				

PROBLEMA CENTRAL	ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN	CRITERIOS DE SELECCIÓN			
		FACTIBILIDAD TÉCNICA	FACTIBILIDAD ECONÓMICA	FACTIBILIDAD POLÍTICA	PUNTAJE TOTAL
de derivación médica.	actualizada, con una planificación coordinada y comunicación efectiva.	5	5	3	13
	Reforma a normativa institucional para disponer a unidades reporte continuo de disponibilidad.	5	5	2	12
Métrica de tabulación:					
5 – Puntaje más alto, mejor opción.					
1 – Puntaje más bajo, opción menos viable.					
Elaboración: Adriana Gabriela Herrera Copo					
Fecha: 09 de septiembre de 2022					

Realizar el requerimiento a los prestadores privados de salud para mantener una base actualizada de las carteras de servicio para un fácil y rápido acceso para el personal de derivaciones encargado de buscar el prestador para cada procedimiento médico solicitado, garantizará que el proceso sea más rápido y eficiente.

CAPITULO II

2. JUSTIFICACION Y APLICACIÓN DE METODOLOGIA CUALITATIVA PARA LA REALIZACION DEL PLAN DE PRESTACION DE SERVICIOS

El área de derivaciones de la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud, Pichincha cuenta con funcionarios entre los que se encuentran médicos, enfermeras, personal administrativo, y un líder con perfil médico. Adicionalmente, el control del área se encuentra bajo la gestión provincial de Articulación como parte de la Gestión Provincial de Aseguramiento, cada gestión cuenta con un funcionario responsable de la misma.

Los lineamientos normativos institucionales para el proceso de derivaciones son emitidos por la Coordinación Nacional de Articulación del Seguro de Salud, y son de cumplimiento y aplicación obligatoria en las coordinaciones provinciales a nivel nacional.

En este contexto, se determina que las mejores herramientas para obtener la información necesaria es una entrevista a la médico líder del área de derivaciones, así como a un médico derivador de una de las unidades médicas donde se gestionan las solicitudes para el envío al nivel central, además de un técnico de la Coordinación Nacional de Articulación, desde donde se emiten todas las directrices generales. Considerando el papel fundamental y el conocimiento integral del proceso que poseen los funcionarios mencionados, debido a su amplia experiencia y gestión de los inconvenientes presentados diariamente.

El proceso de derivaciones propiamente dicho es ejecutado por el personal que conforma el área y su líder inmediato, por lo cual se considera útil la preparación y realización de una entrevista personal con el Líder del Área de Derivaciones y con uno de los técnicos de la Coordinación Nacional de Articulación. De esta forma se obtiene información actual y certera de los problemas y obstáculos que han impedido que el

área mantenga un flujo adecuado de atención a los pacientes que lo requieren. El conocimiento compartido por el Líder Área de Derivaciones se basa en varios meses de experiencia y brinda una perspectiva clara sobre la problemática y las necesidades emergentes del proceso, señalando los cambios requeridos y quien debe ser el responsable de cada uno de ellos.

Se resaltan también los inconvenientes del sistema informático utilizado en el área para la generación de códigos de autorización, ya que según la líder del servicio se requiere implementar más funcionalidades que permitan a los funcionarios designar un establecimiento de salud para el procedimiento derivado sin la necesidad de una búsqueda manual, entre otros inconvenientes mencionados.

Adicionalmente se realiza una revisión in situ de todo el flujo del proceso, de los formularios utilizados, la forma de llenarlos, la información requerida, etc., el espacio físico donde funciona el área de derivaciones, la seguridad y comodidad para el personal que labora en el mismo.

Considerando que se trata de una institución pública, existen manuales, lineamientos, reglamentos internos y directrices emitidas por las autoridades que determinan el flujo del proceso de derivaciones, por lo cual se realiza una revisión y análisis de todos los documentos pertinentes, para una visión amplia del problema y en caso de requerirse, analizar la propuesta de un cambio en los documentos mencionados.

La revisión y análisis de los documentos es fundamental en este caso ya que para cada proceso llevado a cabo en la Institución se desarrollan manuales, lineamientos y flujos correspondientes para respaldo de las acciones realizadas.

En este contexto, se concluye que el manual del proceso de Derivaciones vigente, actualizado en el año 2018, debe ser revisado minuciosamente y deben incluirse lineamientos específicos que garanticen que el proceso cuente con los insumos necesarios para brindar un servicio eficiente y oportuno a los pacientes que requieren una derivación médica.

2.1. DIAGNÓSTICO DE SERVICIOS, RECURSOS Y CAPACIDADES FUNCIONALES EN LA UNIDAD DE SALUD

Con el objetivo de identificar las capacidades y las limitaciones del Área de Derivaciones de la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud, Pichincha se procederá con la evaluación de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas de cada gestión involucrada con el área, mediante el uso de la herramienta FODA. Lo cual nos permitirá determinar las mejores estrategias para solventar los problemas del área, ejecutando actividades efectivas para las mejoras necesarias.

2.1.1. GESTIÓN GERENCIAL DE LA DIRECCIÓN

El área de derivaciones de la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud, Pichincha, requiere la disposición de la autoridad competente para la implementación de nuevos lineamientos en el área, los cuales deben ser en lo posible dispuestos de manera oficial, por lo tanto, el apoyo de la dirección es indispensable.

FORTALEZAS

F1: Personal con conocimiento amplio del proceso de derivaciones.

F2: Acceso a Información completa de carteras de servicios y prestadores externos de salud.

DEBILIDADES

D1: Planificación ineficiente de actividades en las áreas.

D2: Rezago en la ejecución de procesos de mejora.

OPORTUNIDADES

O1: Convenios con prestadores de salud de la Red Privada Complementaria orientada a las necesidades de los pacientes.

O2: Negociación con prestadores de salud para atención preferencial.

AMENAZAS

A1: Cambio continuo de autoridades en Institución Pública.

A2: Normativa legal emitida por la Autoridad Sanitaria Nacional, que no se adapta al Subsistema de Salud IESS.

2.1.2. GESTIÓN ESTRATÉGICA DE MARKETING

La promoción y publicidad de los servicios no ayuda solamente para atraer clientes, los fines informativos contribuyen en este caso, a un mejor flujo del proceso y evita inconvenientes como colas innecesarias, espera del paciente a recibir información que podría obtenerla en un medio más rápido y efectivo.

FORTALEZAS

F3: Apoyo de área de comunicaciones del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

F4: Medios de difusión amplios en unidades médicas y prestadores de salud.

OPORTUNIDADES

O3: Innovación del marketing digital, canales de información, redes sociales, accesos gratuitos a medios de comunicación.

O4: Mejoramiento de la imagen institucional mediante promoción de servicios y ampliación del conocimiento del paciente.

DEBILIDADES

D3: Falta de planificación para la promoción del área de derivaciones.

D4: Desconocimiento de estrategias de promoción y marketing por el personal de la Coordinación Provincial.

AMENAZAS

A3: Limitado alcance de promoción de los servicios en grupos etáreos medios.

A4: Competencia en publicidad variada de otros servicios.

2.1.3. GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y DE RECURSOS HUMANOS

Entre los problemas principales del área se identifica la falta de personal por lo cual el apoyo de la gestión administrativa y del talento humano es indispensable, así como en el desarrollo de los programas de capacitación del personal.

FORTALEZAS

F5: Personal capacitado en el proceso de derivaciones.

F6: Proceso de derivaciones bien delimitado y establecido.

OPORTUNIDADES

O5: Personal de unidades médicas que al momento no genera códigos puede brindar apoyo esporádico o rotativo en el área.

O6: Asignación de partidas presupuestarias para contratación de personal.

DEBILIDADES

D5: Personal insuficiente para la demanda de derivaciones desde las unidades médicas.

D6: Gestión ineficiente, falta de análisis de carga laboral, funciones adicionales, etc.

D7: Falta de conocimiento del personal operativo acerca del proceso en unidades médicas.

AMENAZAS

A5: Cambio continuo de autoridades y disposiciones de contratación.

A6: Rotación del personal debido a renunciaciones.

2.1.4. GESTIÓN FINANCIERA

En un ambiente de recursos limitados la distribución efectiva dentro de la empresa es fundamental para alcanzar los objetivos planteados, el presupuesto para el área de derivaciones es limitado, sin embargo, las atenciones derivadas deben ser reconocidas a las casas de salud para garantizar la continuidad de la atención y la recepción de pacientes derivados.

FORTALEZAS

F7: El área de derivaciones requiere un bajo presupuesto para cubrir sus necesidades.

F8: Atención en unidades propias del IESS disminuye las derivaciones y el pago a prestadores externos.

OPORTUNIDADES

O7: Abastecimiento de unidades médicas IESS para disminución de derivaciones a prestadores de la Red Privada.

O8: Justificación de asignación de presupuesto para pago a prestadores externos, garantizando atención para pacientes.

DEBILIDADES

D8: Alta demanda insatisfecha requiere mayor presupuesto para pago de horas extras.

D9: Personal no médico con mayor índice de error en derivaciones que personal médico.

AMENAZAS

A7: Desprestigio de la imagen institucional debido a deuda que se mantiene con prestadores externos, evitando que reciban derivaciones de pacientes con cobertura IESS.

A8: Influencia política en administración de fondos de la Institución, disminuyen la credibilidad de los servicios de la Institución.

2.1.5. GESTIÓN OPERATIVA, ABASTECIMIENTO Y LOGÍSTICA

La articulación de las actividades en la Coordinación Provincial y las Unidades Médicas debe ser organizada y planificada de tal manera que garantice el flujo del proceso en beneficio del paciente y la facilidad y eficiencia de las acciones por parte del personal de la Institución. La gestión operativa en la elaboración y definición de procesos y manuales en el área de derivaciones es fundamental para la optimización que se desea alcanzar.

FORTALEZAS

F9: Manual y flujo del proceso establecidos.

F10: Asignación de áreas en Coordinación Provincial y unidades médicas.

OPORTUNIDADES

O9: Automatización del servicio de derivaciones con tecnología acorde a las necesidades de la Institución.

O10: Implementación de sistemas de gestión de colas que no requieren inversiones importantes, en las unidades médicas para mejora del servicio.

DEBILIDADES

D10: Área física asignada inadecuada para la cantidad de personal, mala ventilación, distribución de espacio no apta para atención a pacientes.

D11: No se establecen prioridades competitivas del servicio de derivaciones que permitan su mejora continua.

AMENAZAS

A9: Falta de flexibilidad de los servicios de salud a nivel de las unidades médicas.

A10: Percepción de la calidad en servicios de salud basada en eficiencia y oportunidad.

2.1.6. GESTIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES

La actualización de la información del sistema de derivaciones está a cargo del área de sistemas y tecnologías de la información, es por esto la importancia de esta gestión en el proceso y la necesidad de articular acciones en conjunto para las mejoras deseadas.

FORTALEZAS

F11: Apoyo de Dirección Nacional de Tecnologías para la gestión de sistemas informáticos.

F12: Sistema informático básico para el proceso de derivaciones.

OPORTUNIDADES

O11: Mejoramiento del sistema informático con herramientas tecnológicas actualizadas y enlaces externos (Registro Civil, SRI, historia laboral, etc.).

O12: Actividades remotas con actividades on-line.

DEBILIDADES

D12: Demora en atención de requerimientos informáticos por la Dirección nacional de Tecnologías de Información debido a alta demanda de estos.

D13: Falta de gestión y actualización de información de sistema de derivaciones.

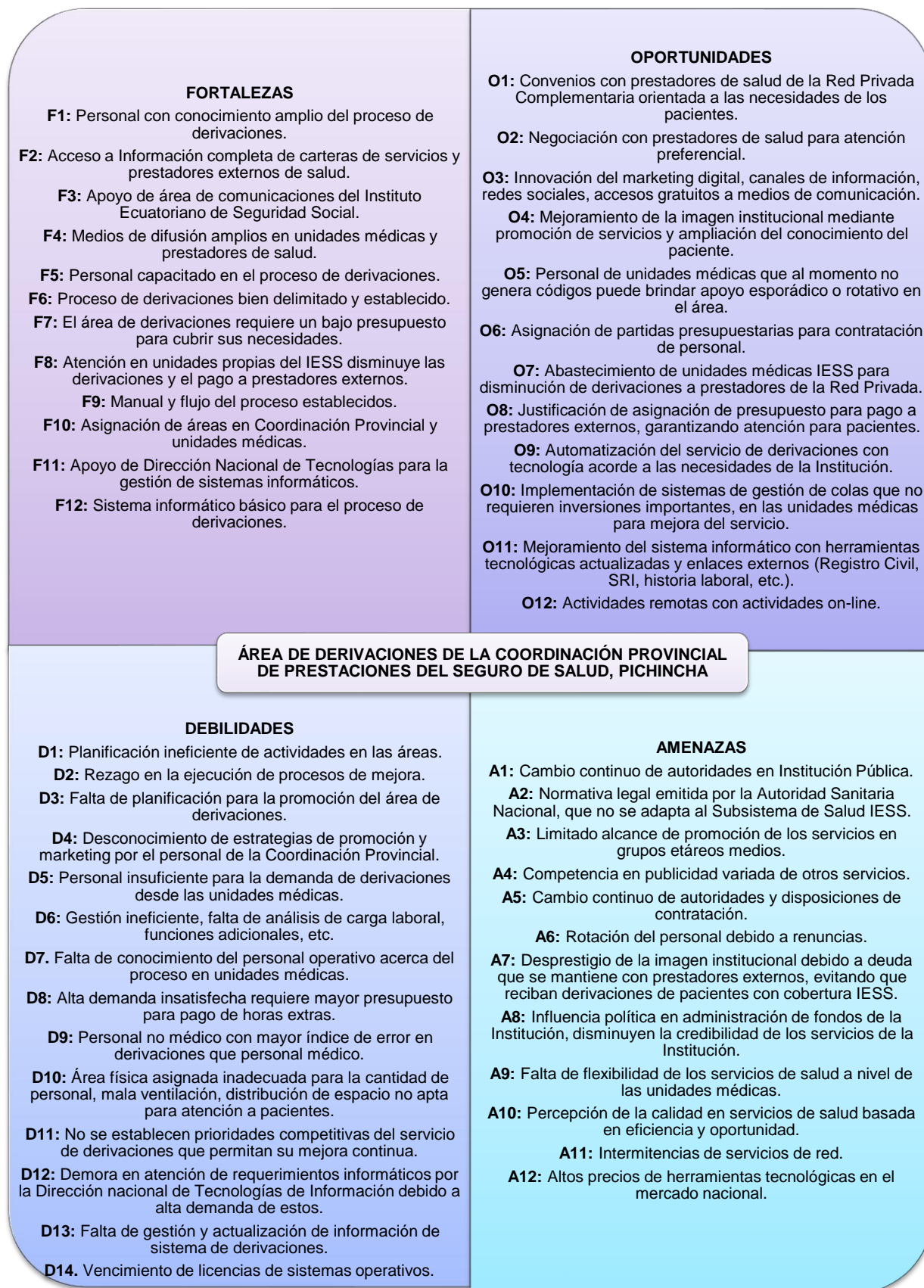
D14. Vencimiento de licencias de sistemas operativos.

AMENAZAS

A11: Intermitencias de servicios de red.

A12: Altos precios de herramientas tecnológicas en el mercado nacional.

Figura 9. FODA del Área de Derivaciones de la CPPSS, Pichincha.



Elaborado por: Autor

2.2. ESTRATEGIAS DE MEJORA PLANTEADAS

Una vez levantado el diagnóstico del área de interés mediante la herramienta FODA, se establecen varias estrategias de mejora y solución a los principales problemas encontrados en las diferentes gestiones que involucran el proceso de derivaciones médicas.

Adicionalmente, es importante destacar que el diagnóstico realizado se basa en la experiencia y las necesidades directas del personal que labora en el área de derivaciones de la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud.

En virtud de lo expuesto, se considera que la optimización del proceso de derivaciones médicas puede alcanzarse realizando:

- Implementación de un plan de capacitación continua para el personal que labora en el proceso de derivaciones.
- Actualización del sistema informático con los datos necesarios para la fluidez del proceso de derivaciones.
- Mantener base de datos de disponibilidad de servicios en Unidades Médicas de la Red Interna del IESS

CAPÍTULO III

3. PROPUESTA DE SOLUCIÓN DEL PROBLEMA IDENTIFICADO

En base a lo establecido por la herramienta FODA del área de derivaciones de la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud, Pichincha, se enmarcan las estrategias necesarias para solventar los principales problemas del área y las actividades que permitirán la implementación del plan de gestión gerencial.

Tabla 4. Estrategias de propuesta de solución para el problema planteado.

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES
Implementación de un plan de capacitación continua para el personal que labora en el proceso de derivaciones.	Elaboración de cronograma de capacitaciones para el personal de la Coordinación Provincial de prestaciones del Seguro de Salud, con apoyo de la Coordinación Nacional de Articulación.
	Plan de capacitación para el personal de derivaciones de las Unidades Médicas de la red interna del IESS.
	Elaboración de un plan de control para lograr la asistencia de todo el personal a las capacitaciones.
Actualización del sistema informático con los datos necesarios para la fluidez del proceso de derivaciones.	Elaboración del requerimiento funcional que detalle las funcionalidades necesarias en el sistema de derivaciones.
	Construir bases de datos actualizables con la participación de prestadores externos y responsables de la Coordinación Provincial.
	Elaboración de requerimientos funcionales para que la Dirección Nacional de Tecnologías de la Información depure y actualice la información en el sistema de derivaciones.
Mantener base de datos de disponibilidad de servicios en Unidades Médicas de la Red Interna del IESS	Requerimiento de carteras de servicios de unidades médicas de red interna al área correspondiente.
	Generar insumos de reporte actualizable para el llenado desde las unidades médicas.
	Control continuo y riguroso de la disponibilidad en las unidades médicas, y su reporte al área de derivaciones de la Coordinación Provincial.

Elaborado por: Autor

3.1. PROPUESTA DE SOLUCIÓN DEL PROBLEMA IDENTIFICADO: FORMULACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL

Para la propuesta de solución del problema identificado se consideran todos factores externos e internos del área de derivaciones de la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud, Pichincha, perteneciente al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, que a pesar de ser una entidad autónoma mantiene relación directa y recibe contribución financiera para ciertos servicios por parte del gobierno.

En este contexto se analizan los factores determinantes en el proceso de relacionamiento con prestadores externos y las derivaciones de servicios médicos de apoyo hacia estos.

3.1.1. PLANTEAMIENTO ESTRATÉGICO

Es indispensable analizar todos los escenarios involucrados en el planteamiento estratégico de la propuesta de solución, obteniendo claridad para la toma de decisiones y estableciendo las actividades más relevantes y eficientes, considerando la estructura de la Institución y los recursos disponibles, por lo tanto, se detalla a continuación el análisis pormenorizado del ambiente en el cual se desarrolla la Institución.

3.1.2. ANÁLISIS DEL ENTORNO SOCIAL

Mediante el análisis Pestel se analizan los aspectos externos de la organización, con el fin de formar estrategias a corto, mediano y largo para cumplir los objetivos institucionales:

3.1.2.1. ELEMENTO POLÍTICO

Las políticas nacionales e internacionales respecto a los servicios de salud se orientan hacia una atención integral que cubra todas las necesidades del paciente que acude a un servicio, ya sea debido a una enfermedad o para prevenirla. De esta manera se protege el derecho fundamental a la salud, establecido en todas las constituciones políticas de la región.

En el Ecuador, con el gobierno actual, la implementación del Plan Nacional de Salud mantiene un enfoque de prevención de enfermedades, además de combatir las

principales causas de muerte, garantizando una atención en salud de calidad y que satisfaga todas las necesidades de la población.

Varias de las propuestas del gobierno para alcanzar este enfoque consisten en abastecer a la población de servicios básicos como agua potable y un manejo adecuado de los desechos domésticos, y en cuanto al servicio de salud público el manejo de servicios de farmacia externalizados de farmacias que permitan el acceso oportuno e integral a los insumos, dispositivos y medicamentos de acuerdo con las necesidades del paciente.

El fortalecimiento del sistema público de salud en su primer y segundo nivel de atención, de forma que se concentren en estos cerca del 80% de las enfermedades, es una estrategia importante cuando se requiere mejorar la oportunidad en el acceso en salud en situaciones de mayor complejidad.

Estas políticas sanitarias nacionales se encuentran respaldadas en los cuerpos legales que rigen la salud pública en el Ecuador, los cuales se mencionan más adelante.

3.1.2.2. ELEMENTO ECONÓMICO

Actualmente es bien conocido que el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social atraviesa una de las crisis financieras más profundas en su historia, debido a un déficit en su presupuesto que afecta gravemente la sostenibilidad del fondo de salud, por lo tanto, la continuidad de la atención médica de sus afiliados, dada la escasez de insumos y dispositivos médicos, medicamentos e incluso profesionales de la salud necesarios para satisfacer la creciente demanda. (Deuda del Estado con el IESS, Plan V 2022)

La pandemia causada por el Covid-19 fue un duro golpe para las economías de los países a nivel mundial, esto ha debilitado de forma importante los sistemas públicos de salud.

Adicionalmente varios acontecimientos mundiales que afectan la economía global predisponen a la población a buscar alternativas de salud pública ya que no cuentan con recursos para acudir a un sistema privado de atención médica.

Es así que se destaca la importancia de fortalecer los sistemas públicos de salud administrando eficientemente los recursos disponibles, alcanzando una cobertura integral para todos los afiliados.

3.1.2.3. ELEMENTO SOCIAL

La población afiliada al instituto Ecuatoriano de Seguridad Social corresponde en su gran mayoría a una clase social de medianos ingresos económicos, con hábitos de consumo muy marcados hacia lo social y público, si se considera que, el IESS brinda cobertura de salud a hijos menores de 18 años, conyugues, beneficiarios de montepío y jubilados, se puede determinar claramente una marcada diferencia entre la oferta y la demanda en los servicios médicos para la población afiliada a este subsistema.

De esta manera se identifica la población que hace uso de los servicios de salud de la seguridad social, lo cual brinda una perspectiva clara para la toma de decisiones, así como una orientación efectiva para la distribución de los recursos.

3.1.2.4. ELEMENTO TECNOLÓGICO

Los servicios de salud y la atención médica integral deben ir de la mano con los avances tecnológicos, en este contexto, se debe buscar la optimización de tiempo y recursos, lo que se puede lograr con herramientas como la historia clínica electrónica, centros de abastecimiento de medicamentos e insumos médicos centralizados, bodegas inteligentes, etc.

Actualmente en el Ecuador solo dos empresas del sector privado cuentan con tecnología avanzada para el propósito de la salud, lastimosamente, en el sistema público esto no ha sido posible debido al manejo deficiente del presupuesto. Sin embargo, en un escenario favorable que es el que se espera en los próximos años en cuanto a tecnología sanitaria, sería importante considerar todos los avances tecnológicos en pro de una mejora en la calidad de la salud brindada al paciente en el sistema público.

3.1.2.5. ELEMENTO ECOLÓGICO

Para el propósito del presente plan de gestión gerencial no intervienen elementos ecológicos en cuanto a la salud pública, sin embargo, es importante señalar que la optimización de los procesos implica el uso de menos recursos físico que benefician directamente al ámbito ecológico.

3.1.2.6. ELEMENTO LEGAL

De acuerdo con la Ley de Seguridad Social, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) es una entidad pública descentralizada, creada por la Constitución Política, 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. Sus actividades se establecen únicamente mediante la Constitución de la República del Ecuador y la Ley de Seguridad Social. (Ley de Seguridad Social, 2001)

Respecto al ámbito sanitario, el IESS se sujeta directamente a la normativa emitida por el ente rector en salud a nivel nacional, el Ministerio de Salud Pública quien emite todos los lineamientos para la ejecución de actividades relacionadas a la salud.

Es así que tenemos acuerdos ministeriales para todos los temas de salud pública, guías de manejo clínico para las enfermedades más relevantes en el país, normativa para procesos adjuntos como auditoria de la facturación y de la calidad de los servicios de salud, etc.

Se cuenta, además con el Manual de Atención integral en Salud que emite lineamientos específicos para la atención médica en los diferentes niveles de atención, así como las poblaciones vulnerables y específicas que requieren una atención más personalizada o de un equipo de salud de mayor complejidad.

Como subsistema público de salud se emiten directrices institucionales mediante los medios oficiales, en este caso el sistema de gestión documental Quipux donde las autoridades emiten las disposiciones oficiales para cada uno de los procesos que se llevan a cabo en la Institución.

Finalmente, los manuales de procesos aprobados por las autoridades permiten ajustar cada normativa nacional a la realidad y recursos del subsistema IESS.

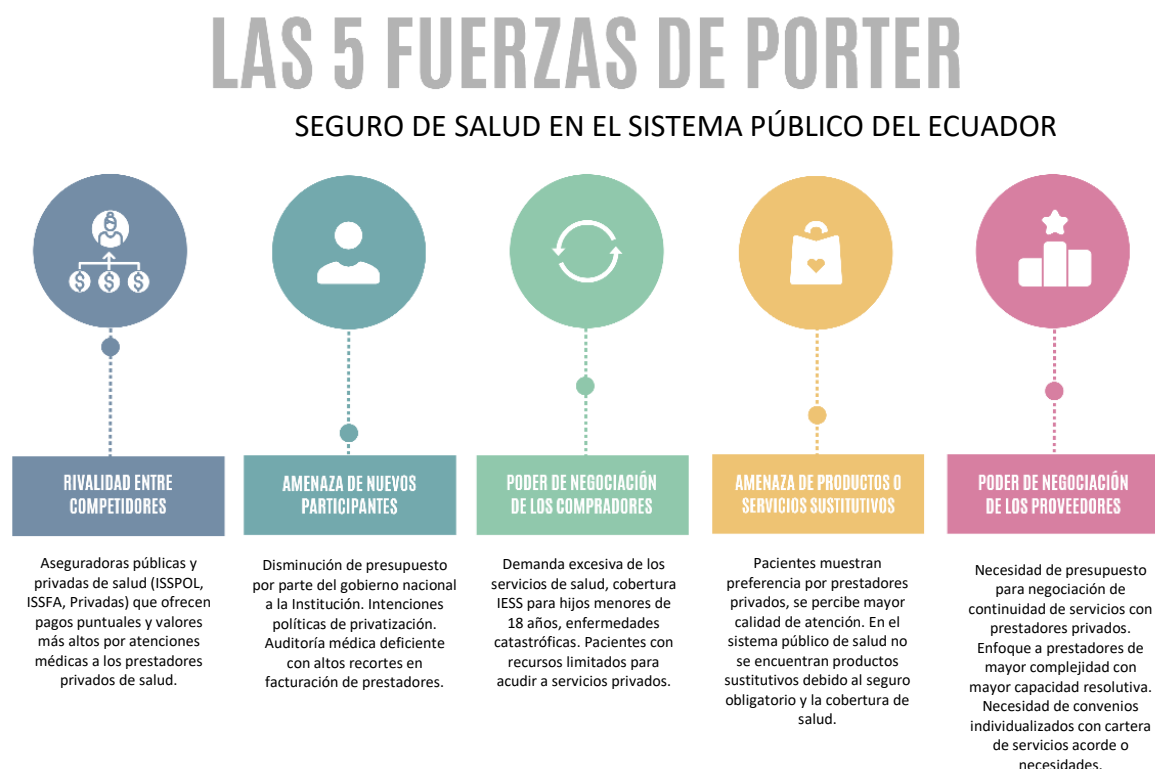
3.1.3. ANÁLISIS DE LA INDUSTRIA DE SERVICIOS DE SALUD

Varios estudios realizados a la seguridad social en el Ecuador, y al seguro de salud en particular, han demostrado que la sostenibilidad de la principal Institución del país, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, corre un riesgo importante debido a varios factores, entre los cuales destacan la disminución de la tasa de aportación del régimen a partir del 2021, aumento del gasto operativo debido a la construcción de nueva infraestructura, incumplimiento del pago por parte del estado de la atención médica a jubilados y enfermedades catastróficas, y la falta de pago de los servicios médicos otorgados a otros seguros IESS (riesgos de trabajo, etc.).

La seguridad en salud en el sistema público a nivel nacional está representada por tres grandes subsistemas que corresponden a la Seguridad Social de la Policía Nacional, la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, sin embargo, el IESS representa las tres cuartas partes de la población afiliada, sin contar la cobertura para conyugues e hijos menores de 18 años. La demanda en servicios de salud para el IESS no es comparable a los otros dos subsistemas mencionados, tal es el caso que anualmente la Institución gasta cerca de 320 millones de dólares en el pago a establecimientos de salud de la red privada para abastecer estas atenciones.

En este contexto, el seguro de salud a nivel nacional mantiene grandes desafíos considerando las políticas estatales, la falta de presupuesto, la falta de sostenibilidad del sistema de salud, entre otros. Por lo tanto, se definen la matriz de Porter para analizar los servicios de salud en el ámbito de demanda, oferta, requerimientos de derivaciones, referencias en el sistema de seguridad de salud en el país:

Figura 10. Las 5 fuerzas de Porter, análisis de la empresa.



Fecha: 08/10/2022

Elaborado por: Adriana Herrera C. Md.

Como se puede observar, los riesgos principales son: la alta demanda de servicios de salud, la falta de capacidad resolutoria y abastecimiento en las unidades propias de la Institución y el escaso recurso financiero, las cuales en conjunto amenazan gravemente la sostenibilidad a largo plazo del sistema público de salud.

3.1.4. ANÁLISIS FODA

A pesar de las limitaciones encontradas, el área de derivaciones de la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud, Pichincha, cuenta con varias fortalezas que permiten la implementación de mejoras en los procesos que presentan falencias. El acceso a la información de primera mano, el contacto directo con todo el personal involucrado en el proceso de derivaciones, referencias y contrareferencias tanto de la Coordinación Provincial como de las unidades médicas, manuales de procesos establecidos, así como el apoyo de las autoridades y áreas de soporte, son las principales fortalezas del área que facilitarán la implementación del plan de gestión

gerencial para la optimización del proceso, además de identificar recursos disponibles para la realización de las actividades del plan.

Considerando los limitados recursos financieros con que cuenta la Institución, se identifican las oportunidades que permitan mejorar el proceso sin necesidad de modificación en el presupuesto actual del área.

Por lo tanto, el apoyo en la gestión de derivaciones por el personal de las unidades médicas constituye una oportunidad para optimizar el proceso y aumentar la producción en la atención de los requerimientos de derivaciones desde los establecimientos de salud.

La negociación con prestadores externos privados, para la atención de pacientes con las enfermedades más comunes y de mayor demanda, así como los casos de emergencia, se pueden negociar priorizando de cierta forma el financiamiento por volumen de atenciones y por mantenimiento de convenio vigente.

El mejoramiento de la imagen institucional a través de medidas sencillas como una adecuada información a los pacientes y usuarios del sistema de derivaciones y el proceso de solicitud de un código de derivación, es una opción efectiva que permitirá disminuir el deambular de los pacientes desde las unidades médicas hasta las áreas administrativas de la Institución.

Existen debilidades del proceso que se pueden gestionar con acciones que forman parte del plan de gestión, es el caso de la falta de conocimiento del proceso y sus lineamientos por parte del personal de las unidades médicas, una planificación de capacitaciones es factible para dar una solución eficiente y como consecuencia se logrará un mejoramiento en la calidad de atención y del flujo del proceso de derivaciones.

Las amenazas que influyen en el proceso no son modificables, constituyen factores externos y dependen del gobierno de turno y la rotación incontrolable e impredecible de funcionarios jerárquicos y operativos, es decir la inestabilidad laboral que existe en la Institución.

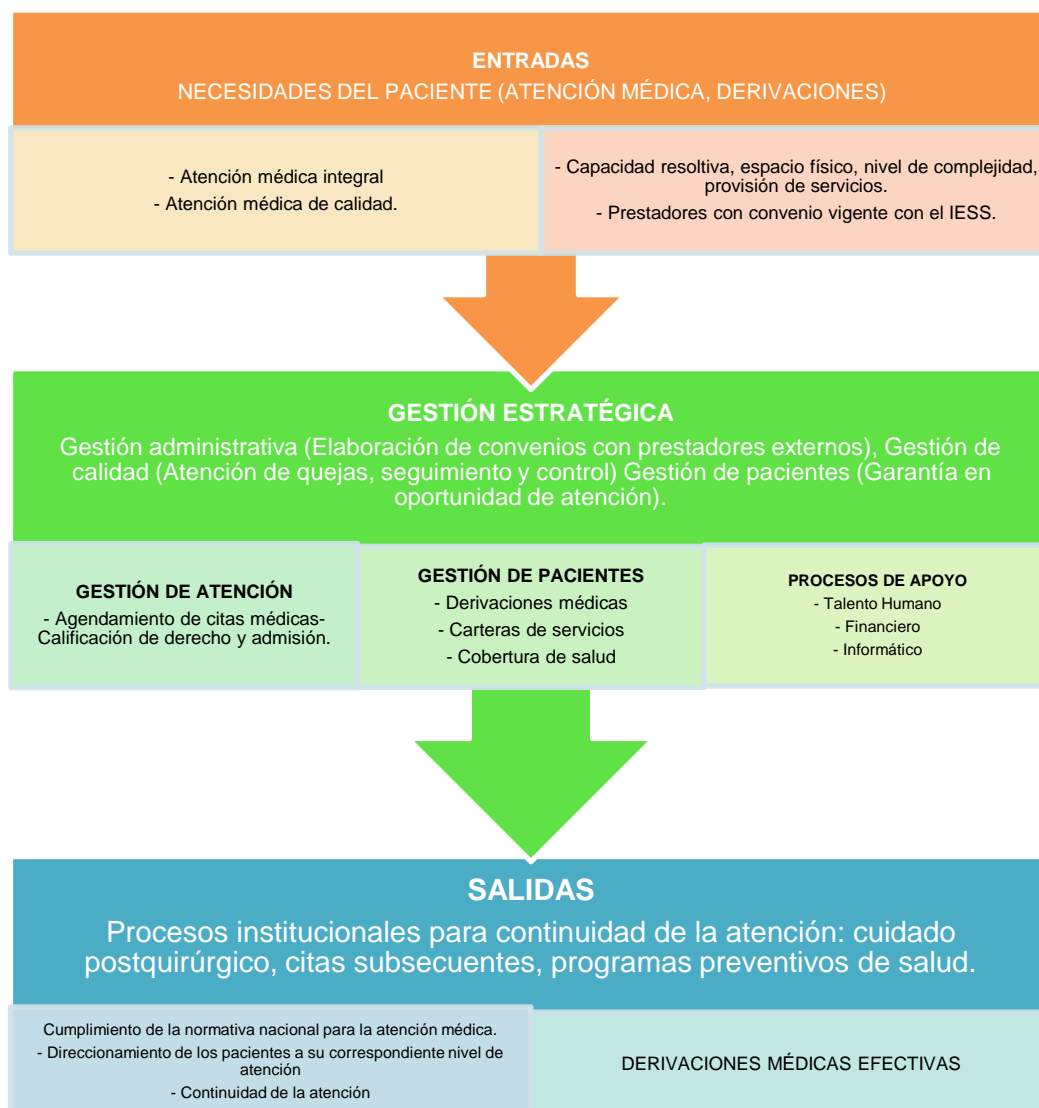
En este mismo contexto, en consideración a la normativa legal vigente, que no se puede ajustar a los procedimientos institucionales, como subsistema se puede solicitar la revisión y de ser el caso rectificación de la normativa para aplicarla a la realidad del subsistema IESS.

3.1.5. CADENA DE VALOR DE LA ORGANIZACIÓN

El proceso de derivación médica inicia cuando un paciente requiere una atención médica, recibe su atención en un centro de salud asignado, pero sin embargo debido a varias circunstancias de orden resolutivo, tecnológico, de aprovisionamiento, o por nivel de complejidad, la unidad a la que fue asignado no puede cumplir con todos los requerimientos del paciente, por lo tanto, se inicia un proceso de derivación hacia otra casa de salud.

A continuación, se puede observar todos los procesos y áreas involucradas en esta gestión:

Figura 11. Cadena de valor de la CPPSS Pichincha



Elaborado por: Adriana Herrera C. Md.

Fecha: 08/10/2022

Como se puede observar la cadena de valor del proceso de derivaciones en la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud, Pichincha, articula varias áreas de gestión administrativa, operativa y de apoyo, con un solo objetivo principal que consiste en brindar una atención oportuna, eficiente y sobre todo integral a los afiliados al IESS.

3.1.6. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

La planificación estratégica debe ir alineada a los principios y características institucionales por lo cual es importante realizar una revisión de las cualidades de la Institución a la cual va orientada el presente plan de gestión. Se detalla a continuación los principios más relevantes de la Institución:

3.1.6.1. MISIÓN

La misión del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y sus dependencias, es en ámbito general: “Proteger a la población asegurada por el IESS contra las contingencias que determina la normativa vigente, garantizando el derecho constitucional del Buen Vivir”. (Reglamento Orgánico Funcional del IESS, Resolución CD 535, 2017)

La salud es un derecho constitucional indiscutible como parte del Buen Vivir por lo tanto, una atención médica integral garantiza el cumplimiento de la misión institucional.

3.1.6.2. VISIÓN

La visión de Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de acuerdo con el Reglamento Orgánico Funcional, Resolución IESS CD 535, es: “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 rectores”. (Reglamento Orgánico Funcional del IESS, Resolución CD 535, 2017)

Por lo tanto, la calidad en las prestaciones brindadas por la Institución debe ser considerada en todos los procedimientos y planes de mejora continua, tal y como lo pretende el presente plan de gestión gerencial.

3.1.6.3. VALORES Y PRINCIPIOS

Los valores y principios del IESS se dividen en normativos e institucionales, es así que tenemos:

Normativos: Inclusión, equidad social, obligatoriedad, suficiencia, integración, solidaridad, subsidiaridad, universalidad, eficiencia, transparencia y participación.

Institucionales: Eficiencia, respeto y calidez. (Reglamento Orgánico Funcional del IESS, Resolución CD 535, 2017)

3.1.6.4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES

El IESS establece sus objetivos al uso eficiente de sus recursos para brindar la atención de calidad y con calidez en todas sus dependencias, se detallan los objetivos institucionales (Reglamento Orgánico Funcional del IESS, Resolución cd 535, 2017):

- Incrementar la calidad, calidez y oportunidad en el acceso de las prestaciones y servicios institucionales a nivel nacional.
- Incrementar el acceso al aseguramiento universal obligatorio de la población ecuatoriana urbana, rural y en el exterior.
- Incrementar la eficiencia del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.
- Incrementar el desarrollo del talento humano.
- Incrementar el uso eficiente de los recursos financieros.

3.1.6.5. POLÍTICAS

Las políticas y los procesos institucionales son definidas por el máximo órgano rector de la Institución, el Consejo Directivo del IESS, se establecen políticas y procesos que garanticen un accionar eficaz para las relaciones de gestión, transparencia y rendición de cuentas.

Las políticas de información, comunicación y difusión de la Institución permiten definir lineamientos que permiten establecer la información que debe ser socializada y difundida oportunamente a nivel nacional, por ejemplo, sobre el estado financiero institucional, el nivel de riesgos asumidos por la entidad, las acciones de control e implementación de recomendaciones, gestión transparente, reclamos y aplicación del Código de Ética, así como mantener informado al personal del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS respecto al entorno, evolución del cumplimiento de los objetivos estratégicos.

Adicionalmente, se establecen políticas de rendición de cuentas, cuyo objetivo es crear una identidad de buenas y mejores prácticas de Gobierno Corporativo, en observación del Código de Gobierno Corporativo y del Código de Ética.

En este contexto, el Instituto ecuatoriano de seguridad Social al ser una entidad de carácter público define sus políticas con una visión al cumplimiento de la normativa nacional, y de acuerdo con sus servicios y dependencias institucionales, considerando que el IESS cuenta con diferentes servicios al de la atención médica.

3.1.7. PROPUESTA DE SOLUCION: FORMULACIÓN PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL

Una vez analizada la situación Institucional, el entorno social, económico operativo y administrativo en el que se debe implementar el plan de gestión para la optimización del proceso de derivaciones, se establecen las estrategias que se adaptan a las necesidades Institucionales y a las necesidades específicas del área de derivaciones de la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud, Pichincha.

Tabla 5. Actividades del plan de gestión gerencial con su respectivo indicador de cumplimiento y medio de verificación.

GESTOR	ESTATEGIA INSTITUCIONAL	ACTIVIDAD	TAREAS	% TAREA APORTA A LA ACTIVIDAD	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	META	MEDIO DE VERIFICACIÓN
GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y DE RECURSOS HUMANOS	Implementación de un plan de capacitación continua para el personal que labora en el proceso de derivaciones	Elaboración de cronograma de capacitaciones para el personal de la Coordinación Provincial de prestaciones del Seguro de Salud, con apoyo de la Coordinación Nacional de Articulación.	Elaboración del cronograma consensuado, y conseguir su aprobación por la autoridad competente.	10%	Cronograma de capacitación aprobado/Cronograma de capacitación requerido	100%	Memorando institucional por vía oficial (Quipux), con la aprobación de la autoridad respectiva.
			Preparar el material para la capacitación, determinar el personal que brindará los talleres y conseguir su participación con la autorización de jefes inmediatos con anticipación.	10%	Insumos conseguidos/Insumos requeridos	100%	Documento institucional con planificación de capacitaciones, con firmas de responsabilidad de personal encargado.
			Llevar a cabo las capacitaciones al personal de derivaciones de las unidades médicas.	80%	Talleres realizados/Talleres planificados	100%	Acta de capacitación con firmas de capacitadores y asistentes.
		Elaboración de un plan de capacitación continua para el personal de derivaciones de las Unidades Médicas de la red interna del IESS.	Elaboración de un archivo permanente con información actualizada para la socialización al personal.	25%	Archivo permanente elaborado/Archivo permanente requerido	100%	Archivo permanente en drive o carpeta compartida institucional.
		Establecer sistemas de comunicación efectivos entre el personal de las unidades médicas y de la Coordinación Provincial que participa	25%	Sistema de comunicación establecido/Sistema de comunicación requerido	100%	Informes de las novedades reportadas por las unidades a través de la comunicación directa con la	

GESTOR	ESTRATEGIA INSTITUCIONAL	ACTIVIDAD	TAREAS	% TAREA APORTA A LA ACTIVIDAD	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	META	MEDIO DE VERIFICACIÓN
			en el proceso de derivaciones.				CPPSS Pichincha.
			Elaboración de cronograma de reuniones mensuales, trimestrales o semestrales de acuerdo con las necesidades y cambios en los lineamientos de derivaciones institucionales, normativos o nacionales.	50%	Cronograma de reuniones aprobado/Cronograma de reuniones requerido	100%	Memorando institucional por vía oficial (Quipux), con la aprobación del cronograma por la autoridad respectiva.
		Elaboración de una herramienta que permita el acceso permanente a la información inherente al proceso de derivaciones, previo al inicio de labores por el personal nuevo. (Curso de inducción)	Elaboración del contenido del curso de inducción, con material normativo y práctico para las funciones en el área de derivaciones. Mediante herramientas educativas de Moodle.	70%	Curso de inducción elaborado/Curso de inducción requerido	100%	Link de acceso al curso de inducción, para verificación de información contenida.
			Elaboración de herramienta informática para acceso al curso de inducción. (Drive, Access, Forms, etc.)	15%	Herramienta informática elaborada/Herramienta informática requerida	100%	Link de acceso a herramienta, verificando funcionalidad.
			Realizar inducción al personal que inicia labores en el proceso de derivaciones, mediante la aprobación del curso de inducción.	15%	Personal nuevo capacitado/Personal nuevo que requiere capacitación	100%	Aprobación del curso, que se podrá descargar de la herramienta elaborada.
		Definir líder del proyecto y responsables de cada actividad del plan de gestión.	Asignación de personal mediante reunión de autoridades y análisis de perfiles del personal.	80%	Reunión de autoridades realizada/Reunión de autoridades requerida	100%	Convocatoria a reunión de autoridades, por medios oficiales institucionales.
			Elaboración de memorando de asignación de líderes y responsables de actividades del plan de gestión gerencial.	20%	Memorando elaborado/Memorando requerido	100%	Memorando institucional por vía oficial (Quipux), con la aprobación de la autoridad respectiva.
GESTIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES	Actualización del sistema informático con los datos necesarios para la fluidez del proceso de derivaciones	Elaboración del requerimiento funcional que detalle las funcionalidades necesarias en el sistema de derivaciones.	Levantamiento de las necesidades en el sistema informático del proceso de derivaciones.	40%	Informe de necesidades elaborado/Informe de necesidades requerido	100%	Informe con firmas de responsabilidad del personal encargado.
			Elaboración del formato establecido en los lineamientos institucionales con la justificación respectiva, y gestionando la firma de las autoridades pertinentes.	60%	Formatos elaborados/Formatos requeridos	100%	Formatos elaborados con firmas de responsabilidad del personal encargado.
		Construir bases de datos actualizables con la participación de prestadores externos y responsables de la Coordinación Provincial.	Recopilación de información de carteras de servicios de prestadores de convenio.	60%	Carteras de servicios recopiladas/Carteras de servicios requeridas	100%	Documentos institucionales con la información de carteras de servicios de establecimientos de salud.
			Recopilación de datos de contacto de prestadores externos, para coordinación de actividades.	20%	Contactos recopilados/Contactos requeridos	100%	Informe detallado con datos de prestadores externos comprobados.
			Elaboración de un cronograma de reuniones entre prestadores externos y personal de derivaciones.	20%	Cronograma aprobado/Cronograma requerido	100%	Memorando institucional por vía oficial (Quipux), con la aprobación del cronograma por la autoridad respectiva.
		Elaboración de requerimientos funcionales para que la Dirección Nacional de Tecnologías de la Información depure y actualice la información en el sistema de derivaciones.	Recopilación de información actualizada y envío a la Dirección Nacional de Tecnologías de la Información (DNTI).	60%	Información recopilada/Información requerida	100%	Memorando institucional por vía oficial (Quipux), con la información recopilada para envío a la DNTI desde la CPPSS.
			Elaboración de un informe semanal de actualización continua de la información de	20%	Informes de actualización elaborados/Informes de actualización requerido	100%	Informe elaborado por personal encargado.

GESTOR	ESTRATEGIA INSTITUCIONAL	ACTIVIDAD	TAREAS	% TAREA APORTA A LA ACTIVIDAD	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	META	MEDIO DE VERIFICACIÓN
			cartera de servicios disponible de los prestadores de salud privados.				
			Elaboración de los formatos institucionales para los requerimientos a la DNTI.	20%	Formatos elaborados/Formatos requeridos	100%	Formatos elaborados para suscripción de autoridad competente.
GESTIÓN OPERATIVA, ABASTECIMIENTO Y LOGÍSTICA	Mantener una base de datos de disponibilidad de servicios en Unidades Médicas de la Red Interna del IESS	Requerimiento de carteras de servicios de unidades médicas de la red interna al área correspondiente.	Levantamiento de información real, actual y confiable de la capacidad resolutive de las 19 unidades médicas de la provincia de Pichincha.	80%	Capacidades resolutivas levantadas/Capacidades resolutivas requeridas	100%	Memorando institucional de solicitud a unidades y sus respuestas.
			Elaboración de una base actualizable con frecuencia diaria o semanal de acuerdo con los servicios brindados en las unidades médicas para los casos de cambios en cartera de servicios (aumento o eliminación), para conocimiento, consulta y gestión del personal de derivaciones de la Coordinación Provincial.	20%	Base elaborada/Base requerida	100%	Link de acceso a base actualizable y memorando con disposición a unidades médicas.
		Control continuo y riguroso de la disponibilidad en las unidades médicas, y su reporte al área de derivaciones de la Coordinación Provincial.	80%	Insumo elaborado/Insumo requerido	100%	Link de acceso al insumo de ingreso de información, memorando institucional de disposición a las unidades médicas para la carga de información.	
		Coordinar vías de comunicación más efectivas y eficaces entre las unidades y la Coordinación Provincial.	20%	Vías de comunicación gestionadas/vías de comunicación requeridas	100%	Reporte del área con firmas de responsabilidad, sobre la funcionabilidad de las vías alternas de comunicación.	

Elaborado por: Autor

Es imprescindible determinar un líder responsable del proceso con el fin de que guíe, realice la monitorización y procure el mejoramiento de las actividades a desarrollarse:

3.1.7.1. GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y DE RECURSOS HUMANOS

La organización del plan de capacitación para el personal que labora en el área de derivaciones tanto de las unidades médicas como de la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud, Pichincha (CPPSSP), se encuentra a cargo de la Gestión de Talento Humano con el desarrollo de las siguientes actividades:

1. La elaboración de un cronograma de capacitaciones para el personal de la Coordinación Provincial de prestaciones del Seguro de Salud, con apoyo de la Coordinación Nacional de Articulación, que es el ente institucional que emite los lineamientos específicos para este proceso.

Responsable: Encargado de gestión provincial de Talento Humano en la CPPSS Pichincha.

Indicador: Cumplimiento de cronograma de capacitaciones.

2. Es necesario, además, la elaboración de un plan de capacitación continua para el personal de derivaciones de las Unidades Médicas de la red interna del IESS, con el fin de que se brinde información efectiva para el usuario/paciente.

Responsable: Líder del proceso de Derivaciones de la CPPSSP.

Indicador: Disminución de quejas de pacientes en unidad administrativa de derivaciones.

3. Finalmente, se requiere la elaboración de una herramienta que permita el acceso permanente a la información inherente al proceso de derivaciones, previo al inicio de labores por el personal nuevo, es decir un curso de inducción.

Responsable: Apoyo informático de la CPPSS Pichincha con el Líder del proceso de derivaciones de la CPPSS.

Indicador: Evaluaciones al personal nuevo en el proceso de derivaciones.

Con estas actividades se cubrirá la primera parte del plan de gestión para la optimización de este proceso, consiguiendo disminuir el deambular de los pacientes mal informados desde las unidades operativas hacia las instancias administrativas debido a una mala dirección desde las unidades que son las que mantienen el contacto con el paciente.

3.1.7.2. GESTIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES

Al ser un área de apoyo para la gestión de los procesos médicos, la gestión de tecnologías de la información no realiza acciones por separado al proceso de derivaciones médicas por lo cual, se requiere el trabajo conjunto de las áreas, en este sentido, se definen los responsables de cada actividad.

1. Elaboración del requerimiento funcional que detalle las funcionalidades necesarias en el sistema de derivaciones.

Responsable: Líder de Articulación Provincial

Indicador: Funcionalidades del sistema implementadas

2. Construir bases de datos actualizables con la participación de prestadores externos y responsables de la Coordinación Provincial.

Responsable: Líder de Articulación Provincial, Líder de derivaciones, Apoyo tecnológico, Prestadores externos

Indicador: Creación de base de datos e información de prestadores externos.

3. Elaboración de requerimientos funcionales para que la Dirección Nacional de Tecnologías de la Información depure y actualice la información en el sistema de derivaciones.

Responsable: Líder de Derivaciones de la CPPSS, Apoyo informático de la DNTI.

Indicador: Requerimientos funcionales enviados y atendidos.

3.1.7.3 GESTIÓN OPERATIVA, ABASTECIMIENTO Y LOGÍSTICA

El conocimiento y control de la información sobre la capacidad instalada en las unidades médicas de la red interna del IESS, permitirá disminuir el número de derivaciones hacia el sector privado, optimizando los recursos propios disponibles y disminuyendo el gasto por prestaciones médicas.

Actualmente no existe una adecuada articulación entre el área de derivaciones y las unidades médicas por lo cual estas acciones son indispensables para la optimización, agilización y mejoramiento del proceso:

1. Requerimiento de carteras de servicios de unidades médicas de la red interna al área correspondiente.

Responsable: Coordinador Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud, Pichincha.

Indicador: Unidades médicas vs. Carteras de servicios

2. Control continuo y riguroso de la disponibilidad en las unidades médicas, y su reporte al área de derivaciones de la Coordinación Provincial.

Responsable: Líder de Articulación Provincial

Indicador: Referencias entre unidades médicas de la red interna del IESS.

3.2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PREVISTAS

Considerando que las actividades propuestas y las tareas establecidas para alcanzar cada una de las estrategias de optimización para el proceso de derivaciones conlleva una planificación exhaustiva y la inversión de tiempo y personal, se determina un cronograma alcanzable y coherente con la realidad institucional:

Tabla 6. Cronograma de actividades.

GESTOR/ RESPONSABLE	ACTIVIDAD	TAREA	MESES DE IMPLEMENTACIÓN															
			2023												2024			
			E N E	F E B	M A R	A B R	M A Y	J U N	J U L	A G O	S E P	O C T	N O V	D I C	E N E	F E B		
GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y DE RECURSOS HUMANOS	Elaboración de cronograma de capacitaciones para el personal de la Coordinación Provincial de prestaciones del Seguro de Salud, con apoyo de la Coordinación Nacional de Articulación.	Elaboración del cronograma verificando las demás actividades del personal, y conseguir su aprobación por la autoridad competente.	X															
		Preparar el material para la capacitación, determinar el personal que brindará los talleres y conseguir su participación con la autorización de jefes inmediatos con anticipación.	X															
		Llevar a cabo las capacitaciones al personal de derivaciones de las unidades médicas.		X	X													
	Definir líder del proyecto y responsables de cada actividad del plan de gestión.	Asignación de personal mediante reunión de autoridades y análisis de perfiles del personal.	X															
		Elaboración de memorando de asignación de líderes y responsables de actividades del plan de gestión gerencial.	X															
	Elaboración de un plan de capacitación continua para el personal de derivaciones de las Unidades Médicas de la red interna del IESS.	Elaboración de un archivo permanente con información actualizada para la socialización al personal.	X															
		Establecer sistemas de comunicación efectivos entre el personal de las unidades médicas y de la Coordinación Provincial que participa en el proceso de derivaciones.				X	X											
		Elaboración de cronograma de reuniones mensuales, trimestrales o semestrales de acuerdo con las necesidades y cambios en los lineamientos de derivaciones institucionales, normativos o nacionales.				X			X			X				X		

GESTOR/ RESPONSABLE	ACTIVIDAD	TAREA	MESES DE IMPLEMENTACIÓN														
			2023												2024		
			E N E	F E B	M A R	A B R	M A Y	J U N	J U L	A G O	S E P	O C T	N O V	D I C	E N E	F E B	
		derivaciones de la Coordinación Provincial.															
	Control continuo y riguroso de la disponibilidad en las unidades médicas, y su reporte al área de derivaciones de la Coordinación Provincial.	Elaboración de un insumo que permita el ingreso de la información de las agendas disponibles de procedimientos y citas médicas en cada unidad médica y que sea de acceso al proceso de derivaciones, que sea editable solo por las unidades médicas, que permita el uso simultáneo en las diferentes unidades.							X	X							
		Coordinar vías de comunicación más efectivas y eficaces entre las unidades y la Coordinación Provincial.	X			X			X			X				X	

Elaborado por: Autor

3.3. PLANIFICACIÓN FINANCIERA DEL PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL

Para la planificación financiera del presente plan de gestión gerencial se considera personal ya contratado en las unidades médicas y en la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud, Pichincha. De igual forma los insumos que se consumirán para llevar a cabo las capacitaciones y actividades previstas no afectarán de forma importante el presupuesto de la CPPSS Pichincha:

Tabla Nro. 7: Presupuesto estimado del plan de gestión gerencial.

RECURSOS	TALENTO HUMANO	DESCRIPCIÓN	HORAS MES	MESES REQUERIDO	TOTAL HORAS PLAN	VALOR HORA	TOTAL	
	Comité de implementación	Líder de Articulación		10	4	40	15	600
		Líder de Derivaciones		40	8	320	15	4800
		Coordinador Provincial		10	5	50	25	1250
		Delegado DNTI		30	8	240	15	3600
		Líder provincia TTHH		20	4	80	11	880
	Otros de apoyo	Informático CPPSSP		20	5	100	15	1500
		Director Unidad Médica		5	4	20	30	600
		Médico Derivaciones		20	10	200	15	3000
		Enfermera derivaciones		20	4	80	15	1200
		Líder Aseguramiento provincial		12	8	96	15	1440
	MATERIALES	DESCRIPCION	CANTIDAD MES	MESES REQUERIDO	TOTAL PLAN	VALOR UNITARIO	TOTAL	
	Material de oficina	Hojas de papel bond	2000	6	12000	0.01	120	
	Material de oficina	Carpetas	200	2	400	0.25	100	
	Material de oficina	Insumos varios	300	2	600	0.05	30	
	Material de oficina	Cuadernos	200	2	400	0.8	320	
	Material de oficina	Cajas de cartón	5	2	10	2	20	
	Material de oficina	Lápices	10	12	120	0.18	21.6	
	Material de oficina	Esferos	5	12	60	0.78	46.8	
	EQUIPAMIENTO	DESCRIPCION	CANTIDAD			VALOR UNITARIO	TOTAL	
Equipo de computo	Laptop	2			1200	2400		
Muebles de oficina	Escritorio	2			150	300		
Equipo de computo	Impresora	1			200	200		
Equipo de computo	Mouse	1			12	12		
Equipo de computo	Infocus	1			700	700		
OTROS	DESCRIPCION	CANTIDAD			VALOR UNITARIO	TOTAL		
Imprevistos		1			2314	coloque el 10% del total de los recursos de talento humano, materiales y equipamiento		
TOTAL DEL PRESUPUESTO ESTIMADO PARA EL DESARROLLO DEL PLAN DE GESTION GERENCIAL						\$ 25,454.40		

Fecha: 21-10-2022

Elaborado por: Autor

DESARROLLO DE ACTIVIDADES			MESES DE MONITOREO Y EVALUACIÓN															
GESTOR/ RESPONSABLE	ACTIVIDAD	TAREA	2023												2024			
			E N E	F E B	M A R	A B R	M A Y	J U N	J U L	A G O	S E P	O C T	N O V	D I C	E N E	F E B		
		para coordinación de actividades.																
		ALCANCE PREVISTO					100 %											
		EVALUACIÓN REAL																
		Elaboración de un cronograma de reuniones entre prestadores externos y personal de derivaciones.						X			X				X			
		ALCANCE PREVISTO																
		EVALUACIÓN REAL																
		Elaboración de requerimientos funcionales para que la Dirección Nacional de Tecnologías de la Información depure y actualice la información en el sistema de derivaciones.					X											
		ALCANCE PREVISTO					100 %											
		EVALUACIÓN REAL																
		Elaboración de un informe semanal de actualización continua de la información de cartera de servicios disponible de los prestadores de salud privados.						X		X		X		X		X		X
		ALCANCE PREVISTO																
		EVALUACIÓN REAL																
		Elaboración de los formatos institucionales para los requerimientos a la DNTI.						X		X		X		X		X		X
		ALCANCE PREVISTO																
		EVALUACIÓN REAL																
		Levantamiento de información real, actual y confiable de la capacidad resolutive de las 19 unidades médicas de la provincia de Pichincha.							X	X								
		ALCANCE PREVISTO																
		EVALUACIÓN REAL																
		Elaboración de una base actualizable con frecuencia diaria o semanal de acuerdo con los servicios brindados en las unidades médicas para los casos de cambios en cartera de servicios (aumento o eliminación), para conocimiento, consulta y gestión del personal de derivaciones de la Coordinación Provincial.									X	X						
		ALCANCE PREVISTO																
		EVALUACIÓN REAL																
		Control continuo y riguroso de la disponibilidad en las unidades médicas, y su reporte al área de derivaciones de la Coordinación Provincial.									X	X						

DESARROLLO DE ACTIVIDADES			MESES DE MONITOREO Y EVALUACIÓN																	
GESTOR/ RESPONSABLE	ACTIVIDAD	TAREA	2023												2024					
			E N E	F E B	M A R	A B R	M A Y	J U N	J U L	A G O	S E P	O C T	N O V	D I C	E N E	F E B				
		ALCANCE PREVISTO																		
		EVALUACIÓN REAL																		
		Coordinar vías de comunicación más efectivas y eficaces entre las unidades y la Coordinación Provincial.		X			X				X			X						X
		ALCANCE PREVISTO																		
		EVALUACIÓN REAL																		

Elaborado por: Autor

Se establecen las siguientes acciones correctivas de acuerdo con la semaforización señalada, para la monitorización del cumplimiento de las actividades, considerando que la mayoría de las actividades se pueden cumplir en un mes, para el caso de actividades que tomarán dos meses se deberá hacer el ajuste correspondiente:

Tabla 9. Bandas de tolerancia según porcentaje de cumplimiento de actividades y acciones correctivas

Cronograma	1era semana	2da semana	3era semana	4ta semana
Porcentaje de cumplimiento	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
Acciones correctivas	Dentro del tiempo para cumplimiento de la actividad: Motivación al personal, incentivos financieros y laborales.			
Tiempo excedido (Moderado)	5ta semana	6ta semana	7ma semana	8va semana
Porcentaje de cumplimiento	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
Acciones correctivas	Tiempo excedido moderadamente, se deberán tomar medidas correctivas (Dos meses siguientes): 1. Llamado de atención verbal a los responsables de la actividad. 2. Establecer plazos máximos de cumplimiento, sin modificar significativamente el cronograma de trabajo. Reunión con equipo cada 15 días para revisiones constantes de avances.			
Tiempo excedido (Grave)	9na semana	10ma semana	11ma semana	12ma semana
Porcentaje de cumplimiento	25-50%	75-100%	NO CUMPLIMIENTO	
Acciones correctivas	1. Sanción escrita de los responsables de la actividad. 2. Reprogramación inmediata de actividades y revisión de cronograma para alcanzar las metas establecidas. 3. Reuniones semanales con equipo de trabajo, para reorganizar de ser necesario responsables de cada actividad.		1. Reasignación de actividades, definición de nuevo líder de proyecto. 2. Sanción escrita de los responsables de la actividad.	

Elaborado por: Autor

4.1. LIMITACIONES Y/O RESTRICCIONES EN LA GESTIÓN GERENCIAL

La principal limitación en el ámbito público de la salud es la alta rotación de personal, principalmente de las autoridades de cada área, esto impide un avance en los planes

de gestión que desean implementarse. Sin embargo, se consideran las principales limitantes en cuanto a tiempo, costo y alcance para la implementación del plan de gestión.

4.1.1. LIMITACIONES DE TIEMPO

Debido a la corta duración del periodo de gestión de las autoridades de la Institución, es posible que no se puedan cumplir el cronograma establecido, por lo cual, es importante definir un líder del proyecto que mantenga un tipo de contratación más estable.

Adicionalmente, la reprogramación continua de actividades por parte de áreas externas al área de Derivaciones de la CPPSSP dificulta el avance en las tareas establecidas y su tiempo límite de cumplimiento, por lo que se debe determinar personal exclusivo para la realización de las actividades y tareas que conlleva el alcance del presente plan de gestión.

4.1.2. LIMITACIONES DE COSTO

La situación financiera del fondo de salud del IESS y la deuda creciente de la Institución con prestadores externos de salud de la Red Privada ha sido un impedimento para el flujo del proceso de Derivaciones, debido al rechazo de procedimientos de mediana y alta complejidad desde estas casas de salud.

El no pago puntual y continua hacia los prestadores de salud, la falta de provisión a las unidades médicas de la Red Interna del IESS imposibilitará la implementación de un plan de gestión para la optimización de un proceso donde estos establecimientos son los aliados estratégicos principales.

A pesar de que estas circunstancias no afectan directamente a la implementación de plan de gestión y la realización de las actividades detalladas, es indispensable contar con el presupuesto para el pago a prestadores privados que brindan sus servicios de salud, para el sostenimiento a largo plazo de las funciones del área de Derivaciones de las Unidades Médicas y de la CPPSS Pichincha.

4.1.3. LIMITACIONES DE ALCANCE

Si las tareas no se asignan a personal eficiente y comprometido, no se podrán alcanzar los objetivos establecidos ya que el presente plan de gestión se basa principalmente en las acciones realizadas por el talento humano de la Institución. Por lo tanto, hace falta el compromiso de las autoridades y de todos los participantes en el proceso de Derivaciones para cumplir las metas deseadas.

Las metas a corto plazo benefician al personal que labora en las áreas de Derivación de las Unidades Médicas y de la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud, Pichincha, sin embargo, a largo plazo se espera un mejoramiento en la calidad y oportunidad de atención para los pacientes que acuden a todas las unidades y establecimientos de salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

4.2. CONCLUSIONES

- La derivación hacia los servicios de salud se realiza manualmente bajo un criterio de discrecionalidad restringiendo la asignación de referencia de procedimientos a ciertos prestadores privados de salud, lo que ocurre debido a un proceso que se realiza de manera manual sin registro de información de carteras de servicios ni control de aleatoriedad de asignación de prestadores.
- La capacitación del talento humano del área de derivaciones y referencias de las Unidades Médicas IESS permitirá disminuir la mala información que se brinda a los pacientes que requieren un servicio de derivación médica.
- El mejoramiento de las funcionalidades con las que cuenta el sistema de derivaciones no solo permitirá un flujo más efectivo del proceso, además permitirá contar con información fiable y certera que a corto, mediano y largo plazo constituye una herramienta importante para la toma de decisiones a nivel gerencial.
- El reconocimiento económico por las prestaciones de salud brindadas por los establecimientos de salud privados, así como el aprovisionamiento de las Unidades Médicas de la Red Interna del IESS, es una parte fundamental para garantizar que las derivaciones médicas sean efectivas y oportunas para los pacientes que las requieren.

- La revisión de la normativa institucional para el proceso de derivaciones, referencias y contrarreferencias debe ser considerado una vez se establezcan los cambios generales que deben realizarse y que puedan ser aplicados en cada una de las Coordinaciones y Unidades Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud a nivel nacional.
- La simplificación y automatización de los procesos que al momento se llevan manualmente permitirán agilizar la atención para los pacientes en beneficio de una atención oportuna y de calidad.
- La optimización en el servicio de derivaciones médicas eleva la calidad del servicio médico brindado en las unidades médicas y prestadores externos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y garantiza una atención médica oportuna, eficiente y de calidad.

4.3. RECOMENDACIONES

- Mejorar el control del sistema de derivaciones, estableciendo sistemas aleatorios de asignación de prestador para los diferentes procedimientos médicos, con verificación previa de carteras de servicios y disponibilidad en unidades médicas de la red interna de la Institución.
- Establecer un cronograma de capacitación continua para el personal médico y no médico que participa en todos los niveles del proceso de derivaciones y garantizar su cumplimiento con un adecuado y eficiente control.
- Priorizar la mejora en las herramientas informáticas actuales utilizadas en el proceso de gestión de pacientes, derivaciones, referencias y transferencias, con el apoyo del personal operativo de estos procesos como de la Dirección Nacional de Tecnologías de Información.
- Garantizar el presupuesto para el pago a los prestadores de salud y vigilar que se realicen las gestiones correspondientes en las Unidades Médicas de salud para contar con la provisión de dispositivos, insumos y medicamentos, así como de profesionales de la salud de acuerdo con las necesidades de la población, en cada una de las Unidades Médicas.
- Organizar mesas de trabajo para la revisión de la aplicabilidad de la normativa institucional en el proceso de derivaciones, referencias y contrarreferencias

considerando las actividades del presente plan de gestión para generar los cambios necesarios, con la participación de todas las Coordinaciones y Unidades Provinciales a nivel nacional.

- Priorizar entre todos los requerimientos tecnológicos de la Institución, la renovación, actualización y mejoramiento del sistema informático del proceso de derivaciones, logrando la automatización
- Implementar nuevos estándares de evaluación de la calidad de la atención de forma integral no solo en el acto médico sino todo lo que conlleva una atención médica, la satisfacción del paciente desde que toma su turno hasta que es derivado y atendido en un establecimiento de salud, garantizando una atención de calidad.

4.4. GLOSARIO

Articulación del Seguro de Salud: Dependencia establecida en el reglamento orgánico funcional de un subsistema público de salud, encargada de gestionar el funcionamiento de la Red Pública Integral de Salud y la Red Privada Complementaria, sobre la base de políticas, normas, modelos y planificación territorial que permitan articular, coordinar, concertar y asegurar el ejercicio de la rectoría en el Sistema Nacional de Salud.

Aseguramiento en salud: consiste en la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios, que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores.

Calidad: La calidad de la atención en salud, corresponde al grado en que los servicios de salud para las personas y los grupos de población aumentan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a los conocimientos profesionales basados en evidencia científica.

Capacidad resolutive: es la capacidad de un establecimiento de salud para brindar una atención integral al paciente que acude por atención médica, es decir que cuenta con los servicios requeridos por el paciente, equipamiento, profesionales médicos, etc.

Cartera de servicios: Es el conjunto de servicios ofertados por un establecimiento de salud, en las diferentes especialidades médicas, y que son realizado dentro de sus instalaciones.

CPPSSP: Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud, Pichincha.

Derivación: Acto médico mediante el cual un establecimiento de salud que no cuenta con capacidad resolutive en su cartera de servicios solicita el apoyo de otros establecimientos para solventar las necesidades del usuario/paciente.

DNTI: Dirección Nacional de Tecnologías de Información

IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

Manual de proceso: Es un documento de control interno donde se describen los lineamientos específicos para un proceso realizado dentro de una Institución.

Nivel de atención: Organización de los establecimientos de salud de acuerdo a normativa nacional, diferenciándolos y tipificándolos según su cartera de servicios.

Presupuesto: Recursos financieros asignados para el cumplimiento de las actividades de una Institución y sus áreas respectivas para el cumplimiento de sus funciones.

Reglamento Orgánico Funcional: es el instrumento normativo que establece las funciones, atribuciones y responsabilidades de cada área de una empresa o entidad pública.

Requerimiento funcional: Documento que sintetiza las necesidades que se requieren implementar en un sistema informático para mejorar el proceso en el cual se utiliza dicho sistema.

Sistema de derivaciones: Herramienta informática que facilita la gestión de las derivaciones de los diferentes establecimientos de salud.

Tipo de atención médica:

Unidad Médica IESS: Establecimiento de salud que brinda atención médica a la población afiliada al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y que pertenece directamente al subsistema.

4.5. BIBLIOGRAFÍA

1. Servidores@iess.gov.ec. (n.d.). Historia :: Instituto ECUATORIANO de SEGURIDAD social. Retrieved from <https://web.archive.org/web/20120726045514/www.iess.gob.ec/site.php?content=68-historia>
2. Análisis de las derivaciones hospitalarias desde UN servicio de urgencias de Atención Primaria durante UN año | Medicina de Familia. Semergen. (n.d.). Retrieved from <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-analisis-derivaciones-hospitalarias-desde-un-13109441>
3. Idoneidad de las derivaciones de Atención Primaria a especialidades medicas hospitalarias | Medicina de Familia. Semergen. (n.d.). Retrieved from <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-idoneidad-derivaciones-atencion-primaria-especialidades-13093546>
4. Equipo de Expertos en Ciencias de la Salud. (2018, August 14). Gerencia en salud: Definición, funciones Y habilidades requeridas. Retrieved from <https://www.universidadviu.com/co/actualidad/nuestros-expertos/gerencia-en-salud-definicion-funciones-y-habilidades-requeridas>
5. Álvarez, F., Faizal, E. (2013). Gerencia de hospitales e instituciones de salud.
6. Euroinnova Business School. (2022, June 22). Gerencia de Salud | Euroinnova. Retrieved from <https://www.euroinnova.ec/blog/gerencia-de-salud>
7. Resolución del Consejo Directivo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social CD. 535, Reglamento Orgánico Funcional del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (Mayo 2017). https://www.iess.gob.ec/en/resoluciones/-/document_library_display/PI7m/view/33703/55002
8. Oferta Y demanda en el sector sanitario: UN análisis desde la economía de la salud. (2020, April 17). Retrieved from <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/104107>
9. Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferenciadel Sistema Nacional de Salud. Norma Técnica 2014. Ministerio de Salud Pública. <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones>

[/dnn/archivos/Norma%20T%C3%A9cnica%20Subsistema%20de%20Referencia%20y%20Contrareferencia.pdf](#)

10. Instituto Nacional de Estadística y Censos. (n.d.). Instituto Nacional de Estadística Y Censos » Actividades Y Recursos de Salud. Retrieved from <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/actividades-y-recursos-de-salud/>
11. IESS - INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL. Ley de Seguridad Social. Ley 55. Registro Oficial Suplemento 465 de 30-nov.-2001. https://www.iesse.gob.ec/documents/10162/33701/Ley_seguridad_social.pdf
12. Coordinación Nacional de Articulación del Seguro de Salud. Manual del Proceso Referencia/Derivación de Servicios de Salud. Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar. Febrero 2018.
13. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Acuerdo Ministerial 0217-2018: Norma para la Selección y Adquisición de Servicios de Salud de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y de la Red Privada Complementaria (RPC). Mayo 2018. IESS - INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL. <https://www.iesse.gob.ec/documents/10162/51880/acuerdo+217.pdf>
14. Resolución del Consejo Directivo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social CD. 535, Reglamento Orgánico Funcional del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (Mayo 2017). https://www.iesse.gob.ec/en/resoluciones/-/document_library_display/PI7m/view/33703/55002
15. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Acuerdo Ministerial 0091-2017: 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. Junio 2017.
16. SciELO. (n.d.). SciELO - Public Health. <https://www.scielosp.org/article/spm/2011.v53suppl2/s177-s187/>
17. IESS realizó 12 derivaciones medicas al extranjero en 2021. (2022, January 31). Primicias. <https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/iesse-ecuador-derivaciones-medicas-extranjero/>

ANEXOS

Anexo 1. Edificio Parque de Mayo del IESS, donde funciona la CPPSS Pichincha entre otras dependencias.

