



FACULTAD DE POSGRADOS

“INCREMENTO DE REFERENCIAS DESDE EL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN DE LA CIUDAD DE QUITO HACIA PRESTADORES DE LA RED DE SALUD PRIVADA (COMPLEMENTARIA) EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO A DICIEMBRE DE 2015”.

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos para optar por el título de Especialista en Administración de Instituciones de Salud.

Profesora Guía

Mg. Susana Janneth Larrea Cabrera.

Autora

Md. Diana Carolina Villena Iguago

Año
2017

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con la estudiante, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación.”

Susana Janneth Larrea Cabrera
Magíster en Gestión Empresarial
C.I. 1709576597

DECLARACIÓN DEL PROFESOR CORRECTOR

“Declaro haber revisado este trabajo dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”.

Lidia Margarita Romo Pico
Magíster en Economía
C.C. 1703714087

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

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

Md. Diana Carolina Villena Iguago

C.I. 1720115144

AGRADECIMIENTOS

A Dios por ser pilar fundamental de mi vida y eje de mis acciones, por haberme dado una familia incondicional y un amor verdadero.

A la Universidad, por permitirme crecer como profesional, para el perfeccionamiento de mi carrera.

A mis padres, por sus continuos empujones en pro del logro de las metas propuestas.

A mis hermanos y mis sobrinas, han sido y serán piezas importantes de mi éxito; por su confianza, ayuda, y apoyo incondicional.

A mi novio, por continuar de la mano este largo camino y convertirnos en una verdadera familia.

A mi tutora, Susana Larrea, por el constante compromiso por el éxito de esta meta, por compartir sus conocimientos en cada clase para que seamos profesionales de éxito.

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a Dios, mi familia, mi novio, mi hija, compañeros de universidad y amigos por su apoyo incondicional.

RESUMEN

El propósito de esta investigación está dirigido a crear un plan de mejora en el proceso de derivación desde el Hospital Carlos Andrade Marín hacia las diferentes casas de salud.

El incremento evidenciado de las derivaciones hacia los prestadores de salud de la red privada desde el Hospital Carlos Andrade Marín ha generado una pérdida de recursos económicos al Estado, debido a que los prestadores privados elevan los costos de la atención médica y el número de consultas y procedimientos médicos; dicha derivación se realiza sin control interno, al no cumplir con la normativa vigente ya establecida.

Se desarrolló una metodología de investigación que utilizó dos métodos: de residuos y analítico, además de análisis FODA y mapa de actores, que permite determinar los problemas generados en el proceso de derivación de los pacientes atendidos en el Hospital Carlos Andrade Marín.

Los resultados encontrados en el desarrollo del presente trabajo fueron: falta de normativa interna que analice y regule el proceso de derivación de los pacientes atendidos en el Hospital Carlos Andrade Marín hacia la red complementaria de salud.

Se concluye la implementación del Manual de Proceso de Derivaciones, para evitar los errores frecuentes que se venían dando y a su vez garantizar un adecuado proceso que mejore la calidad en la atención de salud y evite derivaciones que no cumplan con los requerimientos básicos.

ABSTRACT

The purpose of this research is to create a plan to improve the referral process from Carlos Andrade Marín Hospital to the different health centers.

The evident increase in referrals to private health providers from the Carlos Andrade Marín Hospital has generated a loss of economic resources to the State, as private providers increase the costs of medical care and the number of consultations and Medical procedures; This derivation is carried out without internal control, by not complying with the current legislation already established.

A research methodology was developed that used two methods: waste and analytical, as well as SWOT analysis and map of actors, which allows to determine the problems generated in the referral process of the patients treated at the Carlos Andrade Marín Hospital.

The results found in the development of this study were: lack of internal regulations to analyze and regulate the referral process of the patients treated at the Hospital Carlos Andrade Marín towards the complementary health network.

The implementation of the Derivations Process Manual is concluded to avoid frequent errors and to guarantee an adequate process that improves the quality of health care and avoid referrals that do not meet the basic requirements.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	3
1. CAPÍTULO I. EL PROBLEMA	4
1.1. Antecedentes que permiten comprender el tema.....	4
1.2. Razones por las cuales se escogió el tema.....	5
1.3. Planteamiento del problema o situación a investigar	7
1.4. Pertinencia del tema a desarrollar.....	8
1.5. Metodología que se propone para la realización de la tesina	9
1.5.1. Análisis FODA.....	10
1.5.2. Mapa de actores	11
1.6. Resultados esperados	11
1.7. Conclusiones del capítulo	11
2. CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	13
2.1. Estudios similares que se hayan diseñado, analizado y/o puesto en práctica previamente.....	13
2.2. Revisión de la literatura académica y profesional pertinente	21
2.3. Conclusiones del capítulo	22
3. CAPÍTULO III. PROPUESTAS DE MEJORA PARA EL PROCESO DE DERIVACIONES DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN PARA EL PROCESO DE DERIVACIONES DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN.....	24

3.1. Solución del problema.....	24
3.1.1. Directrices del proceso	24
3.1.2 De la referencia o derivación de emergencia	25
3.1.3. De la derivación programada	26
3.2. Descripción del proceso	27
3.2.1 Diagrama de relacionamiento de procesos en Hospital Carlos Andrade Marín.....	27
3.2.2 Referencia o derivación de emergencia.....	28
3.2.3. Descripción de actividades: referencia o derivación de emergencia.....	29
3.2.4. Indicadores del proceso	30
3.3. Conclusiones del capítulo	30
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	31
4.1. Conclusiones.....	31
4.2. Recomendaciones	32
REFERENCIAS	33
ANEXOS	35

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Total de derivaciones por servicios de salud.....	6
Tabla 2. Motivos de la Derivación	6
Tabla 3. Ejemplo costos de derivación.....	7
Tabla 4. Análisis FODA	10
Tabla 5 Mapa de actores.....	11
Tabla 6 Área de derivación.....	14
Tabla 7 Prestadores privados que acogieron a pacientes derivados del Hospital Carlos Andrade Marín.....	15
Tabla 8 Prestadores no acreditados por el IESS.....	16
Tabla 9 Prestadores que acogieron más derivaciones.....	17
Tabla 10 Principales causas de derivación	19
Tabla 11. Detalle de actividades: referencia o derivación de emergencia.....	29
Tabla 12 Indicadores del proceso	30

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de relacionamiento de los procesos de derivaciones	27
Figura 2. Referencia o derivación de Emergencia.....	28

INTRODUCCIÓN

El incremento de la población y el desarrollo del sector salud en el ámbito público y privado ha generado grandes expectativas en el gobierno, evidenciando la necesidad de encontrar proyectos de mejora continua que permitan satisfacer los requerimientos generados en la población dentro del sector público, sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados, las unidades de salud del estado no pueden abastecer a toda la población y se ven en la necesidad de contar con las entidades privadas, siempre teniendo como prioridad la seguridad del paciente.

Para tener un control del uso correcto de casas de salud privadas y públicas, el estado creó la Red Pública Integral de Salud en conjunto con la Red Complementaria (servicio privado), a fin de establecer los mecanismos adecuados de referencia teniendo como prioridad el uso de la parte pública y hacer uso de la parte privada con un verdadero sustento, sin embargo, a pesar de que la normativa se encuentra vigente, las casas de salud del sector público encargadas de la derivación de pacientes, tales como; Hospital Carlos Andrade Marín, Hospital Eugenio Espejo, Hospital Enrique Garcés, entre otros, deben evaluar factores de manejo interno como: stock de medicamentos, insumos, espacio físico, capacidad resolutive, manejo de equipos, además de la parte administrativa que debe estar en permanente conocimiento del estado actual de la unidad de salud para de esta manera realizar las derivaciones únicamente de los pacientes que lo requieran y así evitar gastos innecesarios que generen costos elevados al Estado.

De acuerdo a datos obtenidos de la página de la Contraloría General del Estado, en el caso del Hospital Carlos Andrade Marín se realizaron 8905 derivaciones a prestadores de salud privados en el período comprendido entre el 01 de enero de 2012 y 31 de diciembre de 2014, de los cuales se establecieron varios factores, entre ellos, falta de medicamentos como: analgésicos, antibióticos, etc., que incrementaron el costo de la atención en la

red complementaria, provocando disminución de recursos para el sector público, en otros casos no se realizó el proceso de derivación establecido en el Instructivo 001-2012, emitido por el Ministerio de Salud Pública, por lo que no se pudo realizar evaluaciones de mejora al no contar con la información competente y pertinente.

De acuerdo con lo descrito en la problemática anterior, nace la necesidad de determinar acciones de mejora que permitan establecer un procedimiento correcto para el caso de pacientes que requieren ser enviados a la red complementaria de salud, de esta manera se vela por los intereses de los recursos públicos que pueden ser empleados en el mejoramiento de las mismas casas de salud.

OBJETIVOS

a. OBJETIVO GENERAL

- Determinar el efecto que produce el incremento de las derivaciones del HCAM hacia la red complementaria de salud.

b. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las causas del incremento de las derivaciones del HCAM hacia la red complementaria (privada) de salud.
- Establecer si el incremento de las derivaciones repercute en el presupuesto del HCAM.
- Normar los procesos administrativos del HCAM para la coordinación adecuada de referencia de pacientes

1. CAPÍTULO I. EL PROBLEMA

1.1. Antecedentes que permiten comprender el tema

El incremento en la demanda de servicios de salud ha sido un tema que ha preocupado al gobierno nacional en todos sus frentes; Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), Instituto de Seguridad Social de la Policía (ISSPOL), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), evidenciándose que las unidades de salud de la red pública no satisfacen la demanda de sus usuarios se requirió contar con las unidades privadas de salud; siempre y cuando se evalúe la necesidad real de referencias y derivaciones y se sigan los procesos establecidos por el ente rector; Ministerio de Salud Pública.

Para el caso específico del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, en la ciudad de Quito, su principal unidad corresponde al Hospital Carlos Andrade Marín, ubicado en la ciudad de Quito, el 30 de mayo de 1970 el Hospital Carlos Andrade Marín ubicado en la ciudad de Quito, abrió sus puertas a la comunidad, con los servicios de consulta externa, emergencia, hospitalización y cirugía, brindando atención de salud a los afiliados, dependientes y pensionistas del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, con el tiempo ha ido incrementado y perfeccionando su cartera de servicios y por ende aumentó la demanda de pacientes que ya no pueden ser cubierta en la unidad de salud por lo que se contó con la ayuda de prestadores externos de salud a fin de satisfacer la demanda de los derechohabientes.

Esta realidad fue visible en todas las unidades de salud públicas (IESS, ISSFA, ISSPOL, MSP), por lo que se realizó un Convenio Marco Interinstitucional entre todos los actores directos de la atención pública de salud, para garantizar una atención igualitaria entre las partes, marcando parámetros establecidos.

Además se creó el instructivo 001-2012 “...para la viabilidad de la atención en salud en unidades de la red pública integral de salud y en la red privada

(complementaria) de prestadores de servicios de Salud..." (MSP, 2012), que permitan agilizar y facilitar el acceso a los servicios de salud de los usuarios que requieran atención de emergencia, derivaciones o referencia y contra referencia entre las instituciones de salud que se encuentren calificadas y/o acreditadas a la red pública integral y red privada (MSP, 2012), con aplicación inmediata desde la fecha de su publicación, considerando entre otros puntos que las referencias se realizarán previa justificación y se agotarán primero las unidades de la Red Pública para luego acudir a la red privada complementaria (MSP, 2012)., sin embargo; el Hospital Carlos Andrade Marín inobservó lo dispuesto en el Instructivo 001, realizando 7506 transferencias o derivaciones de pacientes en el período enero de 2012 a septiembre 2014 (CGE, 2015)., sin agotar los mecanismos necesarios, encontrándose entre las causas de derivación; falta de especialistas, equipos médicos dañados, falta de medicación e insumos, falta de espacio físico, entre otras.

Al no cumplir con la normativa vigente las atenciones de salud elevaron su valor hasta en un 150% (CGE, 2015)., provocando un desperdicio de recursos y su repercusión al presupuesto asignado por el estado al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

1.2. Razones por las cuales se escogió el tema

El incremento evidenciado de las derivaciones hacia los prestadores de salud de la red privada desde el Hospital Carlos Andrade Marín ha generado una pérdida de recursos económicos del Estado, debido a que los prestadores privados elevan los costos de la atención médica y el número de consultas y procedimientos médicos; dicha derivación se realiza sin control interno, al no cumplir con la normativa vigente ya establecida.

En el período comprendido entre el 01 de enero de 2012 y el 30 de septiembre de 2014 se realizaron 7506 derivaciones a prestadores de salud privados, distribuidas en las siguientes especialidades:

Tabla 1.
Total de derivaciones por servicios de salud

Urgencias	Pediatría	Neonatología	Sala de Partos	Psiquiatría	Cirugía General	Obstetricia
3278	2891	442	244	240	101	86

Adaptado de archivo Dirección Técnica del HCAM

En el periodo de octubre a diciembre de 2014, del Hospital Carlos Andrade Marín, se derivaron 1399 pacientes, cuyos principales motivos de derivación fueron:

Tabla 2.
Motivos de la Derivación

MOTIVOS DE LA DERIVACIÓN	
MOTIVO	CANTIDAD
Falta de espacio físico	866
Insumos y medicamentos agotados	135
Falta de espacio quirúrgico	75
Agenda copada	75
Falta de especialista	73
No se realiza en el HCAM	68
Estancia prolongada	38
Equipo dañado	34
Falta de equipo	23
Equipo sin funcionamiento	4
Funcionamiento de equipo	2
No se realiza ERCP	2
Espera prolongada	1
Médico que realiza esta fuera del país	1
Realización de examen	1
Resolución quirúrgica	1
TOTAL GENERAL	1399

Tomado del archivo de la Dirección Técnica del Hospital Carlos Andrade Marín

De los datos obtenidos se pueden citar varios ejemplos, entre ellos; falta de medicamentos; el Hospital Carlos Andrade Marín no contaba con antibióticos como meropenem que de acuerdo a lo establecido por la Secretaría de Fijación de Precios para la casa comercial Vitalis, el valor unitario en el mercado era de 24,32 USD., sin embargo, al no contar con este medicamento, el hospital tuvo

que derivar al paciente a una unidad privada generando costos elevados que tuvieron que ser asumidos por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, por ejemplo:

Tabla 3.

Ejemplo costos de derivación

Motivo de la derivación	Insumo o medicamento faltante	Valor unitario	Casa comercial	Valor pagado por el IESS
Falta de medicamentos	Meropenem	24.32	Vitalis	5 367.67

En primera instancia los pacientes que no puedan ser atendidos en el Hospital Carlos Andrade Marín por diferentes motivos deben ser transferidos a la Red Pública Integral de Salud, para agotar la misma y tratar de que los recursos sean optimizados, no se pierda el control del paciente y se realizan las evaluaciones posteriores de acuerdo a las necesidades reales.

De esta forma, el presente trabajo se realizó a fin de demostrar que el proceso de derivaciones no se encuentra controlado en el Hospital Carlos Andrade Marín, con las repercusiones ya citadas.

1.3. Planteamiento del problema o situación a investigar

“Los primeros trabajos de construcción del Hospital que hoy lleva el nombre de Carlos Andrade Marín, se iniciaron en 1958, con una superficie de 41.829,24 metros cuadrados, área que formaba parte de la antigua Quinta Miraflores de propiedad del Señor Enrique Freile Gangotena, quien lo adquirió a la Caja del Seguro en la cantidad de 3'654.500 de sucres. (IESS, 2014).

Debido a factores como la antigüedad operativa y de infraestructura del Hospital, así como de sus equipos, la creciente población de afiliados del IESS y de necesidades médicas actuales en el país, ocasionó un déficit evidente en la atención no sólo de la población de afiliados demandantes sino de aquellos usuarios provenientes de la Red Pública Integral de Salud de la cual el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social con sus Unidades Médicas forma parte.

En base a estos antecedentes, se identifica como principal problemática el gran número de afiliados no atendidos en la unidad de salud con necesidades de derivaciones a una unidad de salud de la red privada, esto pese al volumen de atenciones generadas y asistidas diariamente, a causa de diversas necesidades.

Sin embargo, han existido una serie de problemas en el proceso de derivación de los pacientes que afectan el proceso de derivación y repercuten de forma indirecta en el presupuesto asignado a salud.

1.4. Pertinencia del tema a desarrollar

La oportunidad generada en el desarrollo del presente estudio, se presenta a raíz de mejorar el proceso de derivación que inicia en el Hospital Carlos Andrade Marín que presta su servicio a una gran cantidad de pacientes, teniendo que realizar a diario derivaciones a casas de salud privada que le permita cubrir la demanda de los afiliados, sin embargo dicha derivación no se realiza en base a procesos y organización, por esto; existen derivaciones que le cuestan al Estado valores elevados por no contar con una planificación adecuada en relación a medicamentos e insumos, así mismo la falta de especialistas, daño de equipos de imagen, saturación de quirófanos, viéndose en la necesidad de utilizar las unidades de salud privada; sin embargo al respecto la normativa indica que primero debe ser agotada la Red Pública Integral de Salud y una vez agotada esta instancia se debe proceder a la utilización de las unidades de salud privadas que brindan sus servicios al estado.

Al considerarse a la salud como un tema prioritario se agotan todos los medios a fin de cubrir las situaciones emergentes sin considerar los procesos requeridos de forma oportuna y organizada.

Al analizar el tema de gestión médica y el manejo de pacientes derivados en el Hospital Carlos Andrade Marín y conociendo las falencias obtenidas, se facilitará el proceso de derivación con el apoyo del personal que labora en la Institución, se priorizará los casos emergentes y se analizará adecuadamente el proceso de derivación de los mismos en el orden establecido; red pública de salud y posteriormente red complementaria privada.

La factibilidad en la realización de este estudio en el Hospital Carlos Andrade Marín, brindará mejoras en el proceso de derivaciones y referencias que sean realizadas, influyendo directamente en un manejo adecuado de los pacientes atendidos, a fin de cubrir la demanda de los usuarios de mejor forma.

La información por obtenerse será proporcionada por el Hospital Carlos Andrade Marín; y por fuentes bibliográficas que hacen relación al presente trabajo.

1.5. Metodología que se propone para la realización de la tesina

Dentro del tema planteado se propone realizar una investigación que utilice dos métodos de investigación; de residuos y analítico.

El primero tomando en cuenta que se puede realizar un estudio basado en los errores cometidos por el Hospital Carlos Andrade Marín en el proceso de derivaciones y a partir de este realizar un análisis que genere una mejora.

Además, se hará hincapié en base a los siguientes métodos:

1.5.1. Análisis FODA

La herramienta FODA nos permite evaluar a la entidad a través de sus Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas para realizar un mejor análisis de gestión en la derivación de los pacientes atendidos en el Hospital Carlos Andrade Marín.

En el siguiente cuadro se detalla el análisis FODA del Hospital Carlos Andrade Marín:

Tabla 4
Análisis FODA

FACTORES INTERNOS	
FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> - Formar parte de la Red Pública Integral de Salud. - Personal dispuesto a ejecutar procesos en base a la normativa. - Amplia cartera de servicios - Médicos de diferentes especialidades las 24 horas - Tiene el más alto nivel de complejidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Desconocimiento de la normativa vigente relacionado a derivaciones por parte del personal del HCAM. - Falta de procesos establecidos para el cumplimiento de normativa de derivaciones en el HCAM. - Falta de control en los procesos de derivaciones del HCAM. - Rotación de personal encargado de derivaciones. - Falta de continuidad de los procesos.
FACTORES EXTERNOS	
AMENAZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> - Competencia generada por las Instituciones Privadas de Salud. - Cobro excesivo por parte de los prestadores privados. - Libre elección del usuario - Falta de difusión de la normativa asignada a derivaciones en las unidades de salud públicas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Institución de salud reconocida. - Gran demanda de usuarios definida por sus afiliados. - Acceso a unidades de salud complementarias.

1.5.2. Mapa de actores

Los actores involucrados en el desarrollo del presente trabajo están relacionados a la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y Red Complementaria de Salud privada, en el caso del Hospital Carlos Andrade Marín, sus directores, gerentes y personal encargado de derivación son los actores directos del proceso de derivación motivo de este análisis.

Tabla 5
Mapa de actores

ACTORES PRIMARIOS	ACTORES SECUNDARIOS	INTERÉS	DESCRIPCIÓN
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR (MSP)	Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud	Alto	Se encarga de regular la normativa vigente en lo relacionado a la Red Pública y Complementaria
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL	Hospital Carlos Andrade Marín	Alto	Autonomía para realizar derivaciones a los diferentes prestadores de Salud
	Gerente General	Medio	Revisión de procesos y control de los mismos
	Director Médico	Medio	Control de personal
	Derivadores	Alto	Encargados de la autorización para derivación de pacientes
RED COMPLEMENTARIA DE SALUD (PRIVADA)	Prestador de servicios de salud	Alto	Encargados de la recepción de pacientes que no fueron atendidos en la Red Pública

1.6. Resultados esperados

Encontrar los principales errores que se cometen en el proceso de derivación de los pacientes atendidos en el Hospital Carlos Andrade Marín hacia la red complementaria de salud para analizar cuál es el costo que genera al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y si existe repercusiones en el presupuesto asignado.

1.7. Conclusiones del capítulo

El Hospital Carlos Andrade Marín ha incrementado la demanda de usuarios que le ha dificultado el manejo oportuno y pertinente de pacientes a otras

unidades de salud, cumpliendo con los criterios establecidos por el ente rector como lo es el Ministerio de Salud Pública.

El Hospital Carlos Andrade Marín brinda sus servicios a una gran cantidad de pacientes sin embargo existen problemas administrativos que dificultan cumplir con el correcto proceso de derivación, lo que repercute en el presupuesto asignado a Salud.

Una vez revisada información del Hospital Carlos Andrade Marín se evidencia que existió una gran cantidad de derivaciones que pudieron ser atendidas por la unidad de salud sin tener que requerir de las entidades privadas.

Las derivaciones mal realizadas o innecesarias que pudieron ser solucionados en la misma unidad de Salud repercuten en el presupuesto, reduciendo recursos que pueden ser empleados en cumplir los objetivos institucionales.

2. CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Estudios similares que se hayan diseñado, analizado y/o puesto en práctica previamente

De acuerdo a la información analizada y obtenida para el desarrollo del presente tema, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social no ha realizado un estudio similar, menos aún el Hospital Carlos Andrade Marín, entidad motivo de análisis, sin embargo; la Contraloría General del Estado realizó el examen especial a los procesos de acreditación, contratación, derivaciones y pago a prestadores privados por servicios de salud para los afiliados y pensionistas de la Provincia de Pichincha en la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar IESS, por el período comprendido entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de diciembre de 2014 con aprobación del informe el 17 de junio de 2016 y posterior publicación en la página web de la Contraloría General del Estado, dentro de la realización de este examen, también se analizó las derivaciones realizadas desde el Hospital Carlos Andrade Marín del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social hacia las casas de salud privadas que forman parte de la Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria de lo cual se obtuvieron datos relevantes que deben ser considerados en pro de una mejora inmediata a fin de preservar los recursos públicos y ocuparlos en mejorar la Institución de salud.

Dentro del examen realizado por la Contraloría General del Estado, se determinó que:

“...el Hospital Carlos Andrade Marín ubicado en la ciudad de Quito, perteneciente al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social realizó 7.506 derivaciones entre el 1 enero de 2012 y el 30 de septiembre 2014, sin embargo, dichas derivaciones no contaban con información completa, ya que en los registros manuales no constaba el motivo de la derivación, cédula de ciudadanía del paciente, datos de los médicos que solicitaron la derivación y si esta se autorizó o no; además, constaban espacios vacíos, por lo que la información no era integra ni confiable...”. (CGE, 2016).

De la información obtenida por la Contraloría General del Estado, entre el 1 de enero de 2012 y el 30 de septiembre de 2014; las personas encargadas de las derivaciones de los pacientes atendidos en el Hospital Carlos Andrade Marín fueron; jefes de servicio de emergencias y Trabajo Social de dicha casa de salud.

Se evidenció que las áreas o especialidades que el Hospital Carlos Andrade Marín requirió y por lo que se vio en la necesidad de derivar a sus pacientes fueron:

Tabla 6
Área de derivación

Urgencias	Pediatría	Neonatología	Sala de Partos	Psiquiatría	Cirugía General	Obstetricia	Total
3.278	2.891	442	244	240	101	86	7.282
45,02%	39,70%	6,07%	3,35%	3,30%	1,39%	1,17%	100%

Adaptado de archivos de la Dirección Técnica del Hospital Carlos Andrade Marín.

De los 7.506 pacientes derivados entre el 1 de enero de 2012 y el 30 de septiembre de 2014, únicamente se pudo verificar la necesidad del área de derivación de 7.282 pacientes, mientras que de los 224 pacientes restantes se desconoce el motivo de la derivación, pues de acuerdo al detalle presentado en el informe de Contraloría, el manejo de la información se lo realizaba de forma manual, donde la información era incompleta.

Los cuadros presentados, muestran que las derivaciones autorizadas desde el Hospital Carlos Andrade Marín, se concentraron en los servicios de urgencias y pediatría, de lo cual no se evidenció acciones tendientes a minimizar estos impactos ni haberse informado a las autoridades de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar a fin de mejorar la capacidad operativa de este hospital.

Se conoce a los prestadores privados a los que fueron derivados 6.401 pacientes desde el Hospital Carlos Andrade Marín, mismo que se detallan en la siguiente tabla:

Tabla 7
Prestadores privados que acogieron a pacientes derivados del Hospital Carlos Andrade Marín

Prestador	# Pacientes	% del Total	Prestador	# Pacientes	% del Total
Hospital Inglés	824	11%	Clínica Pazmiño Narváez	191	3%
Hospital un canto a la vida	530	7%	Novaclínica	176	2%
Hospital de los Valles	447	6%	Fundación Mosquera	169	2%
Clínica DAME	442	6%	SOLCA	168	2%
Clínica Villaflora	424	6%	Clínica de Emergencias San Francisco	139	2%
Hospital San Bartolo	423	6%	Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón	137	2%
Clínica de Neurociencias	354	5%	Clínica Zyma Salud	136	2%
Hospital de Clínicas Pichincha	325	4%	Hospital Vozandes	132	2%
Northospital	300	4%	Clínica Panamericana	115	2%
Clínica Guadalupe	266	4%	Clínica San Francisco	105	1%
San Francisco de Quito	234	3%	Clínica La Merced	80	1%
Clínica El Batán	205	3%	Clínica Colonial	79	1%
Total	4.774		Total	1.627	

Adaptado de archivos de la Dirección Técnica del Hospital Carlos Andrade Marín

De acuerdo a información que el Subdirector Provincial de Prestaciones de Pichincha entregó a la Contraloría General del Estado, se pudo evidenciar que, entre enero de 2012 y septiembre de 2014, desde el Hospital Carlos Andrade Marín, se derivaron 765 pacientes a Clínicas no acreditadas ni contratadas, las que se detallan en la siguiente tabla:

Tabla 8
Prestadores no acreditados por el IESS

PRESTADOR	# PACIENTES	% DEL TOTAL
CLÍNICA VILLAFLOA	424	55,42%
CLÍNICA ZYMA SALUD	136	17,78%
CLÍNICA COLONIAL	79	10,33%
CLÍNICA SAN GABRIEL	54	7,10%
CLÍNICA GALENUS	44	5,75%
CLÍNICA INGLATERRA	21	2,75%
CLÍNICA PASTEUR	3	0,39%
CLÍNICA SANTA CECILIA	2	0,26%
CLÍNICA GALERAS	1	0,13%
ICAZA BUSTAMANTE	1	0,13%
TOTAL	765	100,00%

Adaptado de archivos de la Dirección Técnica HCAM

Las Instituciones de Salud de la red privada, que fueron detallados en la tabla 4, no fueron acreditadas por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, es decir no contaban con una revisión previa que certifique que las mismas cumplían con estándares establecidos por el órgano rector de salud, a fin de garantizar un adecuado manejo de los pacientes que fueron derivados.

Posteriormente, la persona encargada de las derivaciones del Hospital Carlos Andrade Marín fue el Jefe de Calificaciones, es decir desde octubre 2014 en adelante, la información obtenida por Contraloría sobre este período evidenció la derivación de 1.020 pacientes, distribuidos de la siguiente manera:

Tabla 9
Prestadores que acogieron más derivaciones

PRESTADOR	# PACIENTES	% DEL TOTAL
CLÍNICA PAZMINO NARVAEZ	126	12%
CLÍNICA NORTHOSPITAL	107	10%
CLÍNICA SAN FRANCISCO	85	8%
HOSPITAL INGLÉS	84	8%
CLÍNICA PANAMERICANA	65	6%
CLÍNICA DAME	63	6%
FUNDACIÓN PADRE CAROLLO	59	6%
CLÍNICA ZYMA SALUD	58	6%
CLÍNICA COLONIAL	44	4%
CLÍNICA GUADALUPE	40	4%
CLÍNICA GALENUS	39	4%
CLÍNICA NEUROCIENCIAS	36	4%
CLÍNICA LA MERCED	30	3%
CLÍNICA MARÍA AUXILIADORA	29	3%
HOSPITAL DE LOS VALLES	24	2%
FUNDACIÓN MOSQUERA	22	2%
CLÍNICA SAN FRANCISCO SANGOLQUÍ	19	2%
CLÍNICA COTOCOLLAO	13	1%
CLÍNICAS NO IDENTIFICADAS	77	9%

Adaptado de archivos de la Dirección Técnica del HCAM

Del detalle proporcionado por la Dirección Técnica del Hospital Carlos Andrade Marín a la Contraloría General del Estado, se evidenció que:

“...la derivación de pacientes no fue basada en criterios técnicos que lo justifiquen, así como, lo relacionado a la capacidad resolutoria de estas casas de salud ni que su selección obedezca a criterios de igualdad de participación y control de sus acreditaciones; tampoco se evidenció cumplir con los lineamientos establecidos en la Normativa Vigente para la época del análisis detallado, es decir, criterios de priorización para la atención a los afiliados y

pensionistas a través de medios externos al IESS, que garanticen seguridad, oportunidad e igualdad de acceso a estos medios de atención de los servicios de salud y que estos estén acordes a las regulaciones de la autoridad sanitaria nacional.

Esta situación permitió que, en las derivaciones autorizadas, no se haya utilizado el formulario 053 de referencia, contra referencia y derivación establecido por la Autoridad Sanitaria del país y que en los documentos denominados epicrisis, el cual el médico registró en el sistema AS 400, constó sellos de las siglas “URG. H.C.A.M.”, de uno o varios médicos y descripciones manuales indicando a qué prestador de la red complementaria debía ser derivado el paciente, es decir sin dejar evidencias de haberse cumplido con todos los requerimientos legales y de priorización que evidencien la necesidad impostergable de derivar...”.

Al analizar la información del informe final que se encuentra publicado en la página oficial de la Contraloría General del Estado se observó que las principales causas para la derivación de pacientes desde el Hospital Carlos Andrade Marín hacia la red privada de salud fueron por: falta de espacio físico, insumos, medicamentos, entre otros, y sobre las cuales no se tomaron acciones correctivas en el Hospital, detallado por porcentajes en la siguiente tabla:

Tabla 10
Principales causas de derivación

Causas de derivación	Porcentaje
FALTA DE ESPACIO FÍSICO	61,90%
INSUMOS AGOTADOS	9,650%
FALTA DE ESPACIO QUIRÚRGICO	5,361%
AGENDA COPADA	5,361%
FALTA DE ESPECIALISTA	5,218%
NO SE REALIZA EN EL HCAM	4,861%
ESTANCIA PROLONGADA	2,716%
EQUIPO DAÑADO	2,430%
FALTA DE EQUIPO	1,644%
EQUIPO SIN FUNCIONAMIENTO	0,286%
FUNCIONAMIENTO DE EQUIPO	0,143%
NO SE REALIZA ERCP	0,143%
ESPERA PROLONGADA	0,0715%
MÉDICO QUE REALIZA ESTÁ FUERA DEL PAÍS	0,0715%
REALIZACIÓN DE EXAMEN	0,0715%
REALIZACIÓN QUIRÚRGICA	0,0715%
TOTAL	100%

Adaptado de archivos de la Dirección Técnica de HCAM

Con relación a las causas de las derivaciones, de una muestra de los servicios prestados por la RED complementaria a pacientes derivados desde el Hospital Carlos Andrade Marín, se analizó un caso donde el Médico Tratante de Cirugía General del HCAM indicó en la hoja de epicrisis que:

“...al momento no se cuenta con insumos drenajes, analgésicos y antibióticos de amplio espectro, por lo que se realizara trámite para transferencia a institución de convenio...”

Por esta derivación, el IESS pagó a la casa de salud privada el valor de 4.412,36 USD; sin embargo, no se realizaron los medios de verificación suficientes dentro de la casa de salud del IESS a fin de garantizar que lo descrito en la epicrisis, es decir el motivo de la derivación sea real (CGE, 2014).

Otro ejemplo se evidenció en la derivación de un paciente desde el Hospital Carlos Andrade Marín hacia un prestador privado por falta de antibióticos (Meropenem intravenoso), atención que le costó al IESS el valor de 7.619,32 USD., sin embargo, dicho medicamento en el mercado se encontraba por un valor unitario desde los 24,32 USD., de casa comercial VITALIS.

Cabe recalcar que dichas derivaciones se realizaron sin una revisión previa al no contar con los medios de verificación en el HCAM, además se debe considerar que el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social asume los valores de la atención global, es decir que, por carencia de un medicamento o insumo, se asume los costos de servicios institucionales, procedimientos, laboratorios, imagen, procedimientos especiales y honorarios a pesar de que el hospital cuente con dichos servicios (CGE, 2014).

Por los resultados expuestos, se evidenció que las derivaciones autorizadas y reflejadas en cuadros anteriores, no contaron con inventarios flexibles y acorde a las necesidades de los servicios, cuyos costos tuvieron que ser cancelados a pesar de haber podido ser cubiertas en el hospital.

Las autoridades responsables no desarrollaron ni gestionaron ante las autoridades de la Dirección General de Seguro Individual y Familiar, políticas orientadas a regularizar y sistematizar los procesos de derivación aplicados en esta casa de salud, lo que no les permitió disponer de un sistema de registro único que contenga información relevante relacionada con la razón de la derivación, la verificación de la capacidad resolutive de la red pública, médico que lo derivó, motivo de la derivación, razón por la que se derivó a una determinada casa de salud, la cual debió ser registrada en el formulario 053, documento que es de aplicación obligatoria conforme lo estipulado en el instructivo 001-2012 para la Viabilidad de la Atención en Salud en Unidades de la Red Pública Integral de Salud y en la Red Privada (Complementaria) de Prestadores de Servicios de Salud, lo que dio lugar a que las derivaciones no se hayan realizado en base a lo establecido en la normativa emitida por el Ministerio de Salud Pública.

2.2. Revisión de la literatura académica y profesional pertinente

Como se detalló en el capítulo anterior, en mayo de 2012 se conformó la Red Pública Integral de Salud (RPIS) con la publicación del Instructivo 001-2012 bajo potestad del Ministerio de Salud Pública para la viabilidad de la atención en salud en unidades de la Red Pública Integral de Salud y en la Red Privada (Complementaria) de prestadores de servicios de salud, vigente hasta el 2015, y su posterior actualización con la Norma del proceso de relacionamiento para la atención de pacientes y reconocimiento económico por prestación de servicios de salud entre Instituciones de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria, mediante acuerdo ministerial 5309.

“...La atención a la salud es un proceso dinámico que debe ser tratado con oportunidad, calidad y calidez, de manera que se ofrezca a los ciudadanos y ciudadanas los recursos técnicos, humanos y financieros para garantizar que esa atención sea integral, oportuna, científica, y equitativa...” (MSP, 2012).

Cumpliendo lo dispuesto en la Constitución y con la rectoría del Ministerio de Salud Pública, los delegados de las Instituciones integrantes de la Red Pública Integral de Salud, consideraron necesario unificar los criterios entorno a procedimientos y requisitos para la atención de sus usuarios en las unidades de salud de la red pública y de la red privada (complementaria) con la finalidad de:

“...garantizar un trámite administrativo ágil y eficiente que permita el acceso oportuno y equitativo de los usuarios a los diferentes servicios, sin importar a que subsistema pertenezcan y sin pago de ningún tipo en el lugar donde reciban la atención de salud...”. (MSP, 2012)

La Red Pública Integral de Salud, de acuerdo a lo establecido en el artículo 360 de la Constitución: será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la

seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad (MSP, 2012).

“...Mientras que la Red privada (complementaria); es el conjunto de instituciones prestadoras de servicios de salud, empresas de seguros de salud y medicina prepagada que laboran en el país y tiene fines de lucro.

De ahí, las unidades prestadoras de servicios para recibir pacientes derivados o referidos, deberán estar licenciadas por el Ministerio de Salud Pública y calificadas/acreditadas según la normativa vigente; para proceder a una derivación o referencia, las unidades derivadoras buscarán primero utilizar los servicios de la red pública y únicamente al no encontrar recursos en la RPIS, procederán a derivar pacientes a la Red complementaria...” (MSP, 2012).

Respecto a la concentración de las derivaciones, el Instructivo 001-2012, indica que:

“...la referencia/contra referencia se efectuará utilizando el formulario 053 Referencia y Contra referencia dispuesto por la Autoridad Sanitaria, mismas que serán realizadas por situaciones de accesibilidad geográfica, por falta de espacio físico y/o equipamiento, infraestructura o personal en las unidades de la red de su pertenencia, cuando sea necesario utilizar una tecnología de mayor nivel, con la finalidad de garantizar la oportunidad de la atención y la disponibilidad de los mejores recursos para la atención de los pacientes...” (MSP, 2012).

2.3. Conclusiones del capítulo

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social cuenta con el Manual de Procesos de Derivaciones del Servicio de Salud, sin embargo, se requiere de un control mayor y específico de las principales casas de salud como son el Hospital Carlos Andrade Marín, que, al tener autonomía en el proceso de derivación, no

ejecuta los procesos de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente, provocando pérdida de recursos por derivaciones innecesarias.

Del análisis realizado por la Contraloría General del Estado, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social publicó el Manual de Procesos de Derivaciones del Servicio de Salud en el año 2016, basado en tres directrices:

1. Directrices generales
2. De la referencia o derivación de emergencia
3. De la derivación programada

Sin embargo, pese a que se desarrolló el Manual de derivaciones, por parte del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, no se consideraron los puntos álgidos presentados en el Hospital Carlos Andrade Marín, en el período evaluado por Contraloría, mismos que requieren de un proyecto de mejora que identifique los problemas del proceso de derivación y plantee situaciones de mejora basadas en los diagramas ya realizados por parte del IESS, de tal manera que se optimicen recursos económicos y que se realicen las derivaciones que realmente se requieran mediante el estricto cumplimiento de la norma establecida por el Ministerio de Salud Pública como ente rector.

Se requiere un proceso de mejora específico para el Hospital Carlos Andrade Marín que permita un mayor control de los recursos públicos que podrían ser usados en mejoras de las unidades de salud, basados en un manejo adecuado de las derivaciones generadas desde esta casa de salud.

3. CAPÍTULO III. PROPUESTAS DE MEJORA PARA EL PROCESO DE DERIVACIONES DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN PARA EL PROCESO DE DERIVACIONES DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN

3.1. Solución del problema

Luego de los análisis realizados por la Contraloría General del Estado y publicados en el informe final que se encuentra disponible en la página web, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en el año 2016 desarrolló el Manual de Procesos de Derivaciones del Servicio de Salud, en el cual se debería trabajar para mejorarlo y a su vez considerar los puntos álgidos encontrados en el análisis mencionado en el capítulo anterior y en los problemas dados para este caso en el Hospital Carlos Andrade Marín, mismo que al ser una unidad de mayor concentración de pacientes, debería contar con una planificación y proyección especial (IESS, 2016).

En base al Manual presentado por el IESS, se consideró los puntos clave que deben ser aplicados en el Hospital y a su vez los temas que deben ser considerados a fin de llevar un proceso adecuado de derivación de pacientes en beneficio de los usuarios, de la casa de Salud y del Estado.

3.1.1. Directrices del proceso

a. Directrices generales

- Causales para la derivación:
 - Accesibilidad geográfica: se refiere a la falta de disponibilidad de las unidades de salud de la RPIS-RPC en el territorio asignado.
 - Falta de espacio físico
 - Capacidad resolutive: referida al nivel de respuesta de las unidades de salud a la demanda de atención que comprende la cartera de servicios, el talento humano calificado, la infraestructura y el equipamiento, de acuerdo al nivel de atención y complejidad de las unidades médicas.

- Insuficiencia de profesionales
 - Problemas de infraestructura
 - Problemas de equipamiento y/o abastecimiento
- b. La decisión de referir o derivar un paciente de una unidad a otra, es un acto médico, por lo tanto, es responsabilidad del médico solicitar la activación del procedimiento, respaldando su decisión en guías y protocolos médicos que deberán ser registrados en la historia clínica (IESS, 2016).
- c. Los grupos que establece la Constitución de la República como de atención prioritaria recibirán atención preferente y especializada (IESS, 2016).
- d. Para proceder a la derivación de pacientes, las unidades que derivan buscarán primero de manera obligatoria utilizar los servicios de la Red Pública Integral de Servicios de Salud, al no encontrar recursos o disponibilidad en esta, recurrirán a la Red Privada Complementaria (RPC). Se deberá registrar y documentar lo actuado en el correspondiente formulario y/o sistema de información vigente a la fecha (IESS, 2016).
- e. El proceso de selección del proveedor debe registrarse en el sistema informático correspondiente, para garantizar que se realizó la gestión de acuerdo al orden de prelación establecido (IESS, 2016).

3.1.2 De la referencia o derivación de emergencia

- a. No se podrá negar la atención a ningún paciente que acuda al servicio de emergencia sea autoreferido o con una referencia. Las instituciones de la RPIS-RPC brindarán atención inmediata sin que para ello medie la presentación de documento o trámite alguno, anteponiendo la necesidad médica y el beneficio del paciente a cualquier procedimiento administrativo (IESS, 2016).
- b. En los casos de autoreferencia a un servicio de emergencia de un establecimiento de salud de la Red Pública o Complementaria (cuando un

usuario/a consulta directamente en un servicio de emergencia), siendo estos de convenio o no, el establecimiento de salud receptor deberá notificar a la Subdirección Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud, Unidad de Gestión de Red de Prestaciones de Salud a través del Formulario 008, en donde se colocará el tipo de clasificación de Triage. En un plazo máximo de 72 horas (3 días laborables), el prestador realizará las gestiones administrativas para el registro, autorización, expedición del código de validación (IESS, 2016).

- c. En los casos de atención por emergencia en Prestadores Externos sin contrato, la Subdirección Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud, procurará el traslado del paciente hacia un Prestador interno o de la RPIS, de no existir la factibilidad a un prestador de la red complementaria contratado, si por circunstancias de la condición de salud del paciente, el traslado no es factible, entonces, el costo de la atención será con base al Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (IESS, 2016).

3.1.3. De la derivación programada

- Derivación programada: comprende la consulta externa de especialidad, hospitalización, exámenes o procedimientos ambulatorios (IESS, 2016).
- Las unidades médicas de la Red Interna del IESS, que no dispongan de la Capacidad Resolutiva y/o disponibilidad para atender las necesidades de salud de los asegurados, podrán derivar a los pacientes a unidades de igual o mayor nivel de complejidad acreditadas y/o contratadas (en el caso de la red complementaria), de conformidad con la normativa vigente (IESS, 2016).
- No se puede realizar derivaciones entre entidades de la red complementaria, dado que la atención debe ser integral (IESS, 2016).

3.2. Descripción del proceso

3.2.1 Diagrama de relacionamiento de procesos en Hospital Carlos Andrade Marín

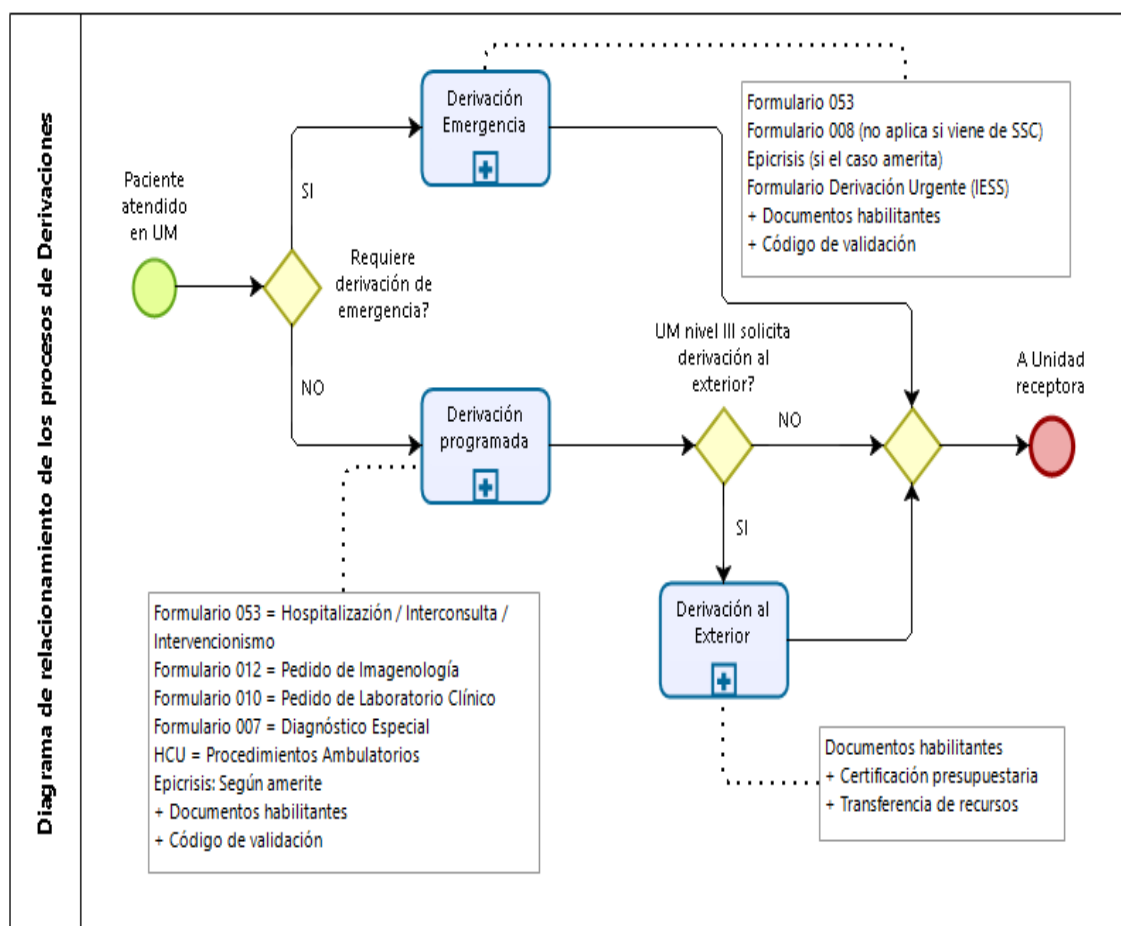


Figura 1. Diagrama de relacionamiento de los procesos de derivaciones

Tomado de Manual de Proceso de Derivaciones IESS, 2016

Como se puede apreciar en la figura 1; una vez que un paciente es atendido en el Hospital Carlos Andrade Marín, en la zona de triage, se valorará su condición y se determinará si corresponde a una derivación de emergencia, en caso de no contar con los mecanismos para atención del usuario por diferentes motivos, se procederá a la emisión de toda la documentación correspondiente para la respectiva derivación a una unidad receptora de acuerdo a lo que establece la normativa del Ministerio de Salud Pública.

3.2.2 Referencia o derivación de emergencia

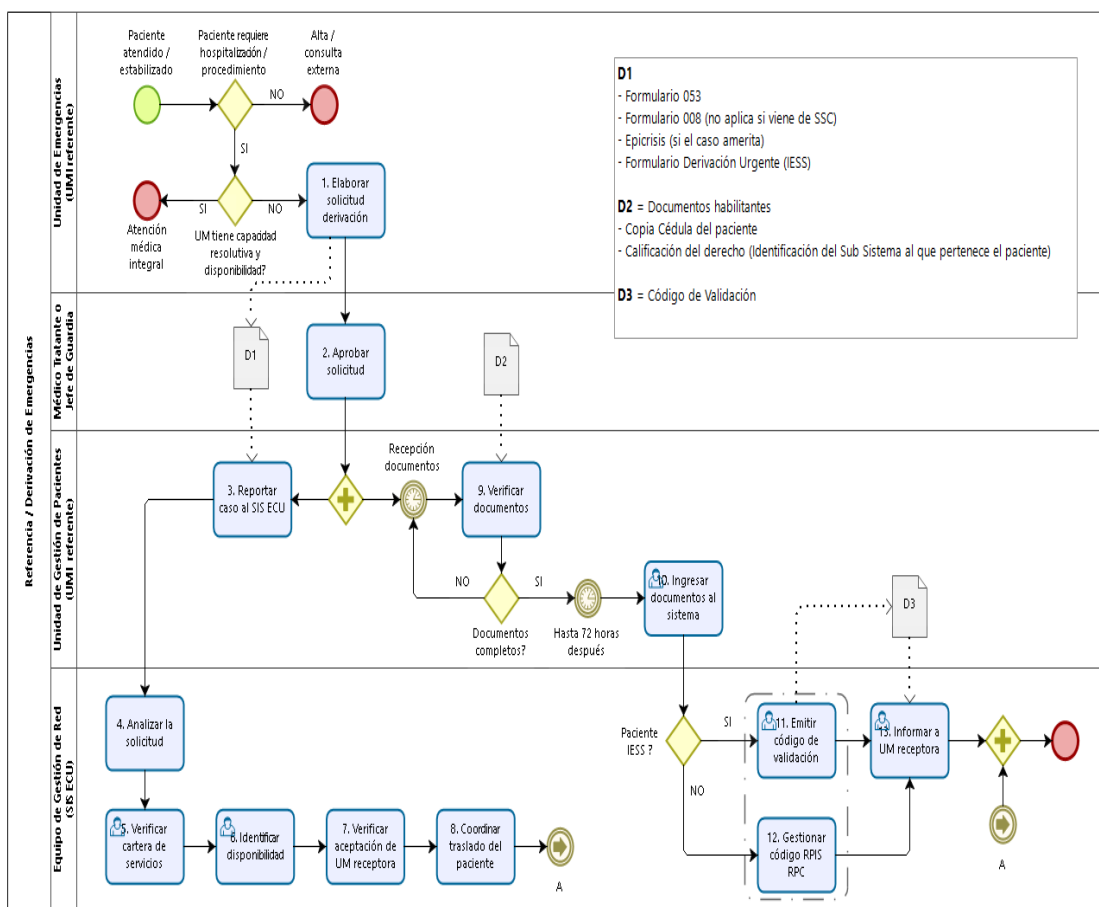


Figura 2. Referencia o derivación de Emergencia

Tomado de Manual de Proceso de Derivaciones IESS, 2016

El proceso de derivación o referencia en condiciones de emergencia como se evidencia en la figura 2 sigue un proceso que inicia en la unidad de emergencia, donde se elabora la solicitud de derivación, posteriormente se aprueba dicha solicitud por el Médico Tratante o Jefe de Guardia, se reporta el caso al SIS ECU, se analiza la solicitud, se verifica la cartera de servicios para establecer la disponibilidad, verificar que la unidad receptora acepte al paciente, se coordina el traslado del mismo, se revisa documentación, se ingresa al sistema la información pertinente para emitir un código de validación, y finalmente informar a la unidad médica receptora.

3.2.3. Descripción de actividades: referencia o derivación de emergencia

Tabla 11.

Detalle de actividades: referencia o derivación de emergencia

No.	Actividad	Descripción de la actividad	Responsable	Documento de referencia/sistema
1	Solicitud de derivación	El paciente es atendido y estabilizado en la unidad médica. Médico de la unidad determina necesidad de derivación por falta de capacidad resolutoria y/o disponibilidad, elabora el formulario 008, 053, Epicrisis.	Médico de la unidad de emergencias de la UMI	Formulario 053 Formulario 008 Epicrisis 006
2	Aprobación de la solicitud	Aprobación y suscripción de la solicitud de referencia o derivación (F053) del médico tratante o del jefe de guardia de la UMI	Servicio de Emergencia de la UMI	Formulario 053 Formulario 008 Epicrisis 006
3	Reportar a SIS ECU	Reportar al SIS ECU vía telefónica y enviar la documentación vía correo electrónico (escaneada y en formato pdf)	Unidad de Gestión de pacientes de UMI	Formulario 053 Formulario 008 Epicrisis 006
4	Análisis de solicitud	Recepción y verificación de la documentación, por parte del equipo del IESS para gestión de la red	Equipo de Gestión de la RED del IESS en el SIS ECU	Formulario 053 Formulario 008 Epicrisis 006
5-6	Verificación de prestadores de la RPIS-RPC	Verificación de la cartera de servicios y disponibilidad de los prestadores de la Red, respetando y registrando el orden de prelación establecido en este instrumento normativo, el mismo que debe ser registrado en el aplicativo correspondiente	Equipo de Gestión de Red del IESS en el SIS ECU	Sistema informático, registro de grabación de llamadas
7	Verificación aceptación	Equipo de gestión de red del SIS ECU coordina	Equipo de Gestión de	
	de la unidad receptora	con unidad receptora para confirmar aceptación	Red del SIS ECU	
8	Traslado de paciente	Coordinar con la unidad receptora y la unidad de referencia.	Equipo de Gestión de Red del SIS ECU	Formulario F02 (atención pre hospitalaria)
9	Recepción y verificación de documentos	Verificación de documentos habilitantes, identifica el derecho y cobertura del subsistema al que pertenece. En caso de emergencias se pueden regularizar en 72 horas.	Unidad de Gestión de pacientes de UMI	Documento de Identidad (Pág. Web del Registro Civil) Aplicativo para identificación del derecho y cobertura de los pacientes – verificación en línea
10	Registro de documentación en el sistema	Escanear documentos habilitantes e Ingreso de documentación al sistema	Unidad de Gestión de pacientes de UMI	Sistema Informático (ADASS)
11	Emisión de código de validación	Código de validación del IESS si paciente es asegurado	Equipo de gestión de red del IESS en el SIS ECU	Código de Validación
12	Regularizar atención y derivación en el sistema	Si el paciente no es asegurado al IESS, se gestiona el código de validación en el subsistema al que pertenece el paciente. Para regularizar el proceso administrativo hay un plazo máximo de 72 horas laborables. La institución de la RPIS al que pertenece el paciente, en 24 horas emite el código de validación.	Equipo de gestión de red del IESS en el SIS ECU	Código de Validación
13	Informar a la unidad médica receptora	El equipo de gestión de red informa a unidad receptora la regularización de la atención médica	Equipo de gestión de red del IESS en el SIS ECU	

Tomado de Manual de Procedimientos de derivaciones IESS, 2016

3.2.4. Indicadores del proceso

Tabla 12

Indicadores del proceso

Nombre del Indicador	Responsable	Fórmula	Unidad de medida	Frecuencia
Derivaciones solicitadas	Departamento de Derivaciones HCAM	Total de derivaciones solicitadas en HCAM/total de atenciones de morbilidad en el año por 100 del HCAM	Porcentaje	Anual
Porcentaje de derivaciones a prestadores de la red complementaria	Departamento de Derivaciones HCAM	Total de derivaciones efectivas a prestadores de la RPC desde el HCAM/sobre el total de derivaciones a la RPIS y RPC, por 100 del HCAM	Porcentaje	Semestral

3.3. Conclusiones del capítulo

1. Es necesario implementar en el Hospital Carlos Andrade Marín lineamientos que permitan el mejor desarrollo de las actividades de derivación que cumplan con la normativa vigente a fin de precautelar los recursos públicos y optimar procesos que mejoren la calidad en la atención de salud de los usuarios.
2. Un adecuado proceso de derivación facilita la atención oportuna de los pacientes, así también, permite evaluar las acciones que deben ser corregidas para que dicho proceso sea óptimo y confiable.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

El incremento de la población y consecuente aumento de la demanda de pacientes que requieren una cobertura de salud eficiente y oportuna ha determinado que las casas de salud pública no logren cubrir la demanda de la ciudadanía por lo que, para garantizar el derecho a la salud de acuerdo a lo establecido en la Constitución, se elaboró un Convenio Marco Institucional con la colaboración del IESS, ISSFA ISSPOL y Ministerio de Salud Pública, siendo este último el que además elaboró normativas que ayuden a viabilizar la atención, considerando entre algunos puntos el apoyo de las casas de salud privada, siempre y cuando se siga un adecuado proceso.

Luego de una evaluación realizada por la Contraloría General del Estado al proceso de derivación del Hospital Carlos Andrade Marín del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, se determinó que esta casa de salud no contaba con lineamientos ni directrices que orienten al personal sobre el adecuado proceder en lo relacionado a derivaciones, de acuerdo a lo que establece la normativa emitida por el Ministerio de Salud Pública, que provocó derivaciones innecesarias que pudieron ser atendidas en la misma Institución y que provocaron un costo excesivo al ser derivados a casas de salud privada.

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en el 2016 desarrolló un Manual de Proceso de Derivaciones, para evitar los errores frecuentes que se venían dando y a su vez garantizar un adecuado proceso que mejore la calidad en la atención de salud y evite derivaciones que no cumplan con los requerimientos básicos, sin embargo no se consideró que existen realidades individuales que debían ser tratadas como tal, como es el caso del Hospital Carlos Andrade Marín que es una de las unidades del IESS con mayor demanda de pacientes, que realiza procesos de derivación.

Un adecuado proceso de derivación facilita la atención de pacientes, permite reducir costos de los servicios de salud al derivar pacientes que realmente lo requieran hacia las unidades de salud privadas.

4.2. Recomendaciones

Realizar un manual de derivaciones acorde a las necesidades Institucionales, es decir con los parámetros establecidos para dispensarios de salud, centros ambulatorios, hospitales del día y hospitales de alta complejidad.

Realizar charlas informativas para que todas las casas de salud conozcan sobre los adecuados procesos de derivación y los beneficios de los mismos.

Analizar el proceso de derivación en las diferentes casas de salud mediante indicadores a fin de determinar si el proceso es correcto o requiere de mejoras que garanticen su funcionabilidad y continuidad.

REFERENCIAS

- Agila, G. (2010). Diseño e implementación de un modelo de gestión del cuidado de enfermería en el servicio de urgencias y observación del Hospital “Carlos Andrade Marín” (Tesis de maestría). Recuperada de <http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/6005/1/TesisGloriaAjila.pdf>
- Cobo, R. (2011). Mejoramiento de la salud según la gestión y administración hospitalaria en el hospital Carlos Andrade Marín (Tesis doctoral). Recuperada de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/3610/T-PUCE-3620.pdf;jsessionid=E89A1D3E161B2A28F340A3D91A3CA863?sequence=1>
- Contraloría General del Estado. (2015). “Examen especial a la contratación y pago a prestadores privados por servicios de salud para los afiliados y pensionistas en la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar IESS, por el período comprendido entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de diciembre de 2014”. Recuperado de http://www.contraloria.gob.ec/consultas.asp?id_SubSeccion=59.
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (2014). “Plan Médico Funcional 2014”. Recuperado de <https://www.iess.gob.ec/documents/10162/3321613/PMF+HCAM.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2013). “Norma técnica para el procedimiento de evaluación, selección, calificación y adquisición de servicios de salud de la red pública integral de salud y de la red privada complementaria”. Recuperado de <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/10/NORMA-FINAL-unificada-REVISION-2pdf.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2013). “Norma técnica para la derivación y financiamiento de cobertura internacional para la atención integral de salud de usuarios con condiciones catastróficas”. Recuperado de <http://www.salud.gob.ec/wp->

content/uploads/downloads/2013/06/DERIVACI%C3%93N-Y-FINANCIAMIENTO-DE-COBERTURA-INTERNACIONAL-PARA-LA-ATENCI%C3%93N-INTEGRAL-DE-SALUD-DE-USUARIOS-CON-CONDICIONES-CATASTR%C3%93FICAS.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2012). “Instructivo 001-2012 para la viabilidad de la atención en salud en unidades de la red pública integral de salud y en la red privada (complementaria) de prestadores de servicios de salud”. Recuperado de <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/10/NORMA-FINAL-unificada-REVISION-2pdf.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (2015). “Norma del proceso de relacionamiento para la atención de pacientes y reconocimiento económico por prestación de servicios de salud entre Instituciones de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria”. Recuperada de http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/subse_gobernanza/Norma%20del%20proceso%20de%20relacionamiento%20para%20la%20atencion%20de%20Pacientes%20y%20reconocimiento%20economico%20por%20Prestacion%20de%20servicios%20de%20salud%20entre%20Instituciones%20de%20la%20RPIS%20.pdf

Morales, B. (2014). Mejoramiento de la calidad de atención a las pacientes con preclampsia y eclampsia que acuden al Hospital Carlos Andrades Marin, Quito 2012 (Tesis de maestría). Recuperada de http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/11854/1/Morales_Loor_Bella_Alexandra.pdf

Registro Oficial del Ecuador (2012), “Ley orgánica de salud”, Registro Oficial Suplemento 423. Recuperada de http://www.desarrollosocial.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY_ORGANICA_DE_SALUD.pdf

ANEXOS



**INSTITUTO ECUATORIANO DE
SEGURIDAD SOCIAL**

**Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar
Subdirección Nacional de Aseguramiento del Seguro de Salud**

**Manual de Procesos de Derivaciones del
Servicio de Salud**

AÑO - 2016



ecuador

Autoridades del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social



Richard Espinosa Guzmán

PRESIDENTE C.D. DELEGADO DEL EJECUTIVO

VOCALÍAS DEL CONSEJO DIRECTIVO DEL IESS



Felipe Pezo Zúñiga

VOCAL C.D. REPRESENTANTE DEL SECTOR EMPLEADOR



Luis Clavijo Romero

VOCAL C.D. REPRESENTANTE DE LOS ASEGURADOS

DIRECCIÓN GENERAL DEL IESS



Geovanna León Hinojosa

DIRECTORA GENERAL DEL IESS

Dr. Itamar Rodríguez Bermúdez

DIRECTOR DEL SEGURO GENERAL DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR

Econ. César Calderón

SUBDIRECTOR NACIONAL DE ASEGURAMIENTO DEL SEGURO DE SALUD

Dra. Patricia Costales

COORDINADORA DE ARTICULACIÓN DEL SEGURO DE SALUD

www.iess.gob.ec

CONTENIDO

1	OBJETIVO.....	¡Error! Marcador no definido.
2	ALCANCE Y ÁMBITO DE APLICACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
3	NORMAS GENERALES DE OPERACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
3.1	BASE LEGAL.....	4
3.2	DIRECTRICES DEL PROCESO	7
3.2.1	DIRECTRICES GENERALES	7
3.2.2	DE LA REFERENCIA O DERIVACIÓN DE EMERGENCIA	9
3.2.3	DE LA DERIVACIÓN PROGRAMADA	11
3.2.4	DERIVACIÓN INTERNACIONAL.....	14
3.2.5	CONTRAREFERENCIA	15
3.2.6	ESTRATEGIAS DE APLICACIÓN	15
3.2.7	RESPONSABILIDADES DE LAS UNIDADES DE GESTIÓN DE RED DE LAS SUBDIRECCIONES PROVINCIALES DE PRESTACIONES DEL SEGURO DE SALUD	16
4	DESCRIPCIÓN DEL PROCESO	16
4.1	DIAGRAMA DE RELACIONAMIENTO DE LOS PROCESOS.....	17
4.2	REFERENCIA O DERIVACIÓN DE EMERGENCIA	18
4.2.1	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES: REFERENCIA O DERIVACIÓN DE EMERGENCIA	19
4.3	REFERENCIA O DERIVACIÓN PROGRAMADA.....	21
4.3.1	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES: REFERENCIA O DERIVACIÓN PROGRAMADA...	22
4.4	DERIVACIÓN INTERNACIONAL.....	25
4.4.1	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES: DERIVACIÓN INTERNACIONAL	26
5	INDICADORES DE PROCESO	30
6	GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS	31
7	ANEXOS	36

1. OBJETIVO

Establecer los procedimientos de derivaciones de salud en el subsistema de salud del IESS para la población asegurada y no asegurada a través de la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria (RPIS-RPC), con el objetivo de facilitar el acceso universal, oportuno y equitativo de las y los usuarios a prestaciones de salud que requieran referencia o derivación: por emergencia, programada y/o derivación internacional, enmarcados en la “Norma del Proceso de Relacionamiento para la Atención de Pacientes y Reconocimiento Económico por Prestaciones de Servicios de Salud entre Instituciones de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria”, expedida por el MSP, mediante Acuerdo Ministerial No.5309.

2. ALCANCE Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente proceso de derivaciones es de ámbito nacional, de aplicación obligatoria para las unidades médicas de la red interna del IESS (UMI) y prestadores externos que tienen convenio con el IESS.

Su alcance se inicia con la solicitud de derivación, generada por el profesional de la unidad médica de salud de acuerdo a sus competencias y finaliza cuando se efectiviza la necesidad del paciente.

El tipo de derivación requerida se la puede establecer en tres clases:

- Emergencia: por demanda espontánea por una condición de emergencia establecida en la norma nacional.
- Programada: desde las UMI de la jurisdicción/territorio y desde las UMI de las Provincias del territorio Nacional.
- Derivaciones Internacionales: de acuerdo a la Norma Técnica para Derivación y Financiamiento de Cobertura Internacional para la Atención Integral de Salud de Usuarios con Enfermedades Catastróficas. Acuerdo Ministerial 0004194.

3. NORMAS GENERALES DE OPERACIÓN

3.1 BASE LEGAL

DESCRIPCIÓN		ARTÍCULOS	TEMAS
Constitución de la República	2008	3	La salud es un derecho que

DESCRIPCIÓN		ARTÍCULOS	TEMAS
			garantiza el Estado.
		34	El derecho de la seguridad social es un derecho irrenunciable.
		360	Atención integral, Fortalecimiento del I Nivel de Atención, Red Pública Integral de Salud.
		369	El seguro universal obligatorio cubrirá las contingencias de enfermedad, maternidad, paternidad, riesgos de trabajo, cesantía, desempleo, vejez, invalidez, discapacidad, muerte y aquellas que defina la ley.
		370	El IESS es responsable de la prestación de salud por contingencias del seguro universal a sus afiliados.
Ley Orgánica de Salud	2006	1	Del Derecho a la salud y protección;
		2	
		13	De la conformación y organización de la Red.
		18	Puerta de entrada a la Red Plural.
		7	De la atención por emergencia
		22	
186			
Ley de Derechos y Amparo al Paciente	1995		Derechos y Amparo al Paciente
Ley de Seguridad Social	2001	103	Prestaciones de salud.
		108	Lineamiento de política.
		110	Asignación de funciones.
		111	Administración del seguro general de salud.
		114	Prestadores de servicios de salud.
Ley Orgánica del Sistema Nacional	2002		Ley Orgánica del Sistema Nacional

DESCRIPCIÓN		ARTÍCULOS	TEMAS
de Salud			de Salud
Resolución C.D. 308	2010		Reglamento para la atención de salud integral y en red de los asegurados del IESS.
Modelo de Atención Integral en Salud – MAIS -	2012		Modelo de Atención Integral en Salud – MAIS -
Convenio Marco Interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública, Ministerio del Interior, Ministerio de Defensa, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional y el Ministerio de Salud Pública	2015		Para integrar la red pública integral de salud
Norma del Subsistema de Referencia, Derivación, Contrareferencia, Referencia inversa y Transferencia del Sistema Nacional de Salud. Acuerdo Ministerial N° 4431	2014		Referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del sistema nacional de salud
Norma técnica para la Derivación y Financiamiento de cobertura internacional para la atención integral de salud de usuarios con condiciones catastróficas. Acuerdo Ministerial N° 4194	2013		Derivación y financiamiento de cobertura internacional para la atención integral de salud de usuarios con condiciones catastróficas.
Tipología Sustitutiva para Homologar los Establecimientos de Salud por Niveles de Atención y Servicio de Apoyo del Sistema Nacional de Salud. Acuerdo Ministerial N° 5212 – MSP	2013		Tipología para Homologar Establecimientos de Salud por Niveles
Acuerdo Ministerial N° 5309	2015		“Norma del Proceso de



DESCRIPCIÓN		ARTÍCULOS	TEMAS
			Relacionamiento para la Atención de Pacientes y Reconocimiento Económico por Prestaciones de Servicios de Salud entre Instituciones de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria”

3.2 DIRECTRICES DEL PROCESO

3.2.1 DIRECTRICES GENERALES

- a. Causales para la derivación:
- Accesibilidad geográfica: se refiere a la falta de disponibilidad de las unidades de salud de la RPIS-RPC en el territorio asignado.
 - Falta de espacio físico
 - Capacidad resolutive: referida al nivel de respuesta de las unidades de salud a la demanda de atención que comprende la cartera de servicios, el talento humano calificado, la infraestructura y el equipamiento, de acuerdo al nivel de atención y complejidad de las unidades médicas.
 - Insuficiencia de profesionales
 - Problemas de infraestructura
 - Problemas de equipamiento y/o abastecimientoⁱ
- b. La decisión de referir o derivar un paciente de una unidad a otra, es un acto médico, por lo tanto es responsabilidad del médico solicitar la activación del procedimiento, respaldando su decisión en guías y protocolos médicos que deberán ser registrados en la historia clínica.
- c. Los procedimientos administrativos no podrán ser utilizados para dificultar, demorar o evitar la atención. La falta o envío de documentación incompleta para la derivación, no será causa de demora o rechazo del paciente. Una vez ingresado el paciente, el prestador

ⁱ Los problemas de equipamiento y/o abastecimiento constituyen dificultades de gestión o presupuestarias, por lo que independientemente de que se garantice la derivación al usuario están sujetas a los procesos de control y sanción correspondiente de acuerdo a normativa legal de la institución.

- de salud requerirá a la unidad médica interna (UMI-Unidad de Gestión de Pacientes) que deriva o refiere o a la Subdirección Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud, los documentos correspondientes.
- d. Los prestadores de servicios de salud de la RPIS-RPC brindarán atención integral obligatoria a todos los ciudadanos del territorio ecuatoriano, garantizando la atención de la patología por la que fue derivado así como de las patologías concurrentes crónicas o que aparecieran mientras se encuentra ingresado, posteriormente se enviará a la entidad financiadora un informe técnico que incluya la epicrisis, justificación del procedimiento y atención requerida, con firma de responsabilidad del médico/a tratante y jefe del servicio. Además de la solicitud de cobertura, para regularizar la prestación de salud otorgada.
- e. En cumplimiento de la normativa nacional, ninguna institución puede rechazar la atención o solicitar documento alguno en casos de emergencia que ponga en riesgo la vida o integridad de las personas, los procedimientos administrativos se regularizarán en el plazo establecido en la presente norma.
- f. Los grupos que establece la Constitución de la República como de atención prioritaria (Capítulo III, Art 35) recibirán atención preferente y especializada.
- g. En caso que se compruebe que un prestador de servicios de salud, contando con oferta disponible, negó cama para el ingreso de un paciente o el otorgamiento de una prestación de salud, urgente o no, las Subdirecciones Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud deben reportar obligatoriamente a la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar y esta, a la Autoridad Sanitaria, para la aplicación de lo dispuesto en la Ley.
- h. Para proceder a la derivación de pacientes, las unidades que derivan buscarán primero de manera obligatoria utilizar los servicios de la Red Pública Integral de Servicios de Salud, al no encontrar recursos o disponibilidad en esta, recurrirán a la RPC. Se deberá registrar y documentar lo actuado en el correspondiente formulario y/o sistema de información vigente a la fecha.
- i. La exploración de servicios de igual o mayor Nivel de Complejidad, se realizará en la red plural de servicios de salud, guardando el siguiente orden de precedencia:
- Red local;
 - Red provincial-zonal; y,
 - Red nacional
- j. La selección del proveedor se sujetará a la Tipología y Cartera de Servicios y al siguiente orden de precedencia:
- Unidades de la Red Interna del IESS;

- Unidades Médicas de las demás instituciones que conforman la Red Pública Integral de Salud (RPIS): MSP, unidades de las Fuerzas Armadas, unidades de la Policía Nacional; y,
 - Unidades de la Red Complementaria, de acuerdo al siguiente orden de prioridad:
 - Unidades de los Gobiernos autónomos y descentralizados;
 - Unidades de salud sin fines de lucro; y,
 - Unidades con fines de lucro.
- k. El proceso de selección del proveedor debe registrarse en el sistema informático correspondiente, para garantizar que se realizó la gestión de acuerdo al orden de prelación establecido.
- l. En el subsistema de salud del IESS, la puerta de entrada para la atención en la red de servicios de salud, son las unidades del primer nivel de atención (Establecimiento de Salud tipo A, B, C, Centros de Especialidades y Centro Clínico-Quirúrgico-Hospital del Día). El acceso se realiza a través del sistema de agendamiento de citas del IESS; exceptuando los casos de emergencia.
- m. Los códigos de validación expedidos por el IESS tendrán una vigencia de tres meses para las atenciones programadas y en los casos de cuidados paliativos, catastróficas y de estancia prolongada tienen una vigencia de cuatro meses que se prodrá prolongar previo análisis y aprobación de la Subdirección Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud (SDPPSS).
- n. Las excepciones de la cobertura de la Red Pública Integral de Salud:
- Cirugía plástica con fines exclusivamente cosméticos y estéticos.
 - Chequeos clínicos ejecutivos: la RPIS cubre los reconocimientos médicos preventivos por ciclo de vida, sexo, edad y riesgo laboral establecidos por la Autoridad Sanitaria y/o los programas de la Seguridad Social.
 - Tratamiento especializado de infertilidad.
 - Tratamiento de adelgazamiento sin indicación médica.
 - Tratamiento experimentales o sin evidencia científica.
 - Tratamiento de ortodoncia que tengan únicamente fines estéticos.
 - Habitación individual sin indicación médica.
 - Gastos de acompañante no contemplados en disposiciones específicas.
 - Insumos de entretenimiento: revistas, películas, periódicos, servicio pagado de televisión y similares, servicios de comunicación fax, teléfono, correo, celular, internet y similares.

3.2.2 DE LA REFERENCIA O DERIVACIÓN DE EMERGENCIA

- a. No se podrá negar la atención a ningún paciente que acuda al servicio de emergencia sea autoreferido o con una referencia. Las instituciones de la RPIS-RPC brindarán atención inmediata sin que para ello medie la presentación de documento o trámite alguno, anteponiendo la necesidad médica y el beneficio del paciente a cualquier procedimiento administrativo.
- b. La referencia o derivación de pacientes de emergencia localmente o de un territorio a otro (de una provincia a otra), guardará el mismo orden de prelación, es decir, en las unidades de la RPIS y de no encontrar disponibilidad o la capacidad resolutive requerida, se recurrirá a unidades de la Red Privada Complementaria, de acuerdo a la normativa nacional vigente.
- c. El trámite para efectuar una referencia o derivación de emergencia, se la realizará a través del Sistema Integrado de Emergencias SIS-ECU 911, de conformidad con la normativa vigente.
- d. Para la referencia o derivación de emergencia de un establecimiento de salud local o de un territorio a otro (de una provincia a otra), el único documento habilitante será el formulario No. 008, firmado por el médico tratante, el Jefe de Emergencia o Jefe de Guardia (incluyendo identificación, especialidad y código). En el documento debe constar el tipo de clasificación de Triage.
- e. En los casos de autoreferencia a un servicio de emergencia de un establecimiento de salud de la Red Pública o Complementaria (cuando un usuario/a consulta directamente en un servicio de emergencia), siendo estos de convenio o no, el establecimiento de salud receptor deberá notificar a la Subdirección Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud, Unidad de Gestión de Red de Prestaciones de Salud a través del F008, en donde se colocará el tipo de clasificación de Triage. En un plazo máximo de 72 horas (3 días laborables), el prestador realizará las gestiones administrativas para el registro, autorización, expedición del código de validación.
- f. La Subdirección Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud, Unidad de Gestión de Red, tiene un plazo máximo de 24 horas posteriores a la notificación del establecimiento de salud donde se atendió al usuario o usuaria (ya sea por fax, correo electrónico o correo regular), para legalizar los trámites administrativos correspondientes. En ningún caso los familiares realizarán este trámite.
- g. En los casos de atención por emergencia en Prestadores Externos sin contrato, la Subdirección Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud, procurará el traslado del paciente hacia un Prestador interno o de la RPIS, de no existir la factibilidad a un prestador de la red complementaria contratado, si por circunstancias de la condición de salud del paciente, el traslado no es factible, entonces, el costo de la atención será con base al Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud.

3.2.3 DE LA DERIVACIÓN PROGRAMADA

Derivación programada: comprende la consulta externa de especialidad, hospitalización, exámenes o procedimientos ambulatorios

- a. Las unidades médicas de la Red Interna del IESS, que no dispongan de la Capacidad Resolutiva y/o disponibilidad para atender las necesidades de salud de los asegurados, podrán derivar a los pacientes a unidades de igual o mayor nivel de complejidad acreditadas y/o contratadas (en el caso de la red complementaria), de conformidad con la normativa vigente.
- b. No se puede realizar derivaciones entre entidades de la red complementaria, dado que la atención debe ser integral.
- c. El proceso de selección del proveedor debe registrarse en el sistema informático correspondiente, para garantizar que se realizó la gestión de acuerdo al orden de prelación establecido.
- d. La Referencia o Derivación de pacientes de un territorio a otro (de una provincia a otra), requiere la autorización de las Subdirecciones Provinciales de Prestaciones de Salud correspondientes. La coordinación a la que hubiere lugar para el traslado del paciente se hará entre la unidad referente y la unidad receptora.
- e. La unidad de gestión de pacientes de la unidad médica referente realizará los trámites y coordinación pertinente con la Subdirección Provincial de Prestaciones de Salud correspondiente, para la asignación del prestador y emisión del código de validación. La unidad de gestión de pacientes de la Subdirección Provincial de Prestaciones de Salud referente informa al paciente y al prestador vía correo electrónico y/o por teléfono. El prestador asignado informará al paciente vía electrónica o telefónica fecha y hora del turno para la atención. Toda esta información debe registrarse en el sistema informático.
- f. Los documentos requeridos para referencia o derivación de atenciones programadas en hospitalización y consulta externa son:
 - El formulario 053 con firma y sello del profesional responsable del caso. La correcta elaboración de este documento (letra clara, sin siglas) es responsabilidad del médico y del director del establecimiento de salud.
 - Copia del formulario 006-Epicrisis en el que conste firma y sello del médico responsable de la atención y del responsable del servicio. El contenido mínimo debe ser: datos generales del paciente, N° de historia clínica, diagnóstico codificado según la CIE-10, tratamiento, procedimientos realizados, resultados de laboratorio e imagen si fueron realizados. La HCU es un documento que no se puede utilizar para procesos administrativos de derivación sin autorización expresa del paciente.

- g. Los documentos requeridos para referencias o derivación de pacientes para realización de exámenes o procedimientos ambulatorios programados son:
- Para la derivación en el caso de exámenes ambulatorios, se utilizará el formulario específico de la historia clínica del servicio requerido, debidamente validado por el médico responsable de la atención y el director del establecimiento o su delegado.
 - Formulario 010 para solicitud de laboratorio clínico
 - Formulario 012 para solicitud de imagenología
- h. Cuando se trate de muestras y/o resultados de exámenes especiales para lectura e interpretación, individuales o múltiples (ejemplo pruebas de tamizaje, placas de citología, muestras de biopsia, electrocardiogramas u otros) se enviará un oficio que indique la necesidad del servicio y adjunte el listado de los pacientes con el número de historia clínica.
- i. Para la derivación en caso de procedimientos ambulatorios, se utilizará el formulario específico de la historia clínica del servicio requerido, debidamente validado por el médico responsable de la atención y el director de la unidad médica o su delegado. Los documentos requeridos son:
- Formulario 053 si el paciente es derivado para la realización de un procedimiento ambulatorio de intervencionismo, como cateterismo, litotripsia, drenaje o punción dirigida por ecografía o tomografía computarizada, colocación de catéteres, de stents u otros.
 - Formulario 007 para interconsulta
 - Formulario 012 si el paciente es derivado para la realización de un procedimiento diagnóstico especial, como endoscopia, electrocardiograma, electroencefalograma
- j. La unidad referente enviará toda la documentación escaneada en formato pdf, en el sistema informático (o correo electrónico en el caso de no contar con el sistema informático) a la unidad de gestión de red de la subdirección provincial de prestaciones de salud correspondiente y esta a la unidad receptora. La información al paciente sobre el turno de atención se entregará vía correo electrónico y/o vía telefónica. Este procedimiento se utilizará hasta que se cuente con el sistema informático para el efecto.
- k. Los Proveedores Externos de I Nivel, que atienden pacientes derivados por el Call Center para consulta externa, en el caso que requieran interconsultas de especialidad, exámenes diagnósticos y procedimientos, deben solicitar autorización previa a las Subdirecciones Provinciales de Prestaciones de Salud del SGSIF, adjuntando la documentación correspondiente (F053, F010, F012, F007 de acuerdo al tipo de procedimiento o examen).

- I. Para los procedimientos quirúrgicos que se prescriban en el tratamiento de pacientes hospitalizados en prestadores externos se podrá autorizar su ejecución en el mismo prestador, si su capacidad resolutive así lo permitiere. El prestador debe pedir la respectiva autorización a las subdirecciones provinciales correspondientes.
- m. **En el caso de referencia o derivación de pacientes que requieren servicio de diálisis:** se realizará de acuerdo a la norma nacional vigente (Acuerdo Ministerial 4196), considerando el lugar de domicilio y/o trabajo,. La unidad de gestión de pacientes de la UMI que deriva, es la responsable de receptor la documentación y gestionar la atención, así como gestionar la solicitud de autorización a la subdirección provincial de prestaciones de salud.
- n. La documentación en estos casos es:
 - Planilla de servicios (agua, luz, teléfono) o certificado del lugar de trabajo.
 - El formulario 053
 - Copia del documento de identificación
 - Formulario 006-Epicrisis en el que debe constar nombre, firma y sello del médico especialista solicitante, dirección y N° de teléfono de contacto del paciente, la decisión en acuerdo con el usuario sobre el procedimiento terapéutico recomendado (hemodiálisis o diálisis peritoneal) y, copia de resultados de laboratorio e imagen.
- o. En los casos de **pacientes oncológicos** se procurará la atención integral guardando concordancia con los lineamientos de la presente norma. La asignación del centro de atención debe realizarse considerando las directrices de prelación indicadas (centros de la RPIS en primera instancia y en caso de no contar con la capacidad, derivar a los centros de la RPC). Una vez iniciado el tratamiento debe propenderse a que se continúe en el centro en el que inició dicho tratamiento. El Prestador Externo solicitará autorización a la Subdirección del SGSIF.
- p. En el caso de pacientes que requieren **estancia prolongada**, cuidados mínimos o paliativos, el prestador externo debe renovar la solicitud de Autorización en la Subdirección Provincial Pichincha del SGSIF cuatrimestralmente, señalando el código de validación inicial y adjuntando un informe médico actualizado (Epicrisis).
- q. La Subdirección Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud, Unidad de Gestión de Red Salud, autorizará la derivación para la realización de trasplantes y la continuidad del tratamiento post trasplante en los establecimientos de salud de la Red Pública o Red Complementaria debidamente acreditados por el Instituto Nacional de Donación de Órganos y Trasplantes (INDOT).
- r. Se procederá a la autorización de Continuidad de Tratamiento post trasplante de órganos vitales, en la misma Unidad Médica que realizó el trasplante, tratamiento oncológico hasta un año después del procedimiento. Una vez transcurrido este tiempo, se gestionará la

referencia del paciente a la Unidad Médica de III Nivel de Complejidad de la Red Interna del IESS. En el caso que la Unidad Médica de III Nivel de Complejidad de la Red Interna del IESS no disponga de Capacidad Resolutiva para continuar el tratamiento post trasplante, se autorizará en la misma Unidad Médica que realizó el trasplante por un año más.

- s. La Subdirección, Unidad de Gestión de Red de Salud autorizará la derivación de los pacientes con enfermedades raras o huérfanas y catastróficas, de conformidad a la normativa vigente.
- t. La autorización de la derivación de la Subdirección del SGSIF, tendrá validez por noventa días calendario, contados desde la fecha de emisión.
- u. La emisión del código de validación de la Subdirección, Unidad de Gestión de Red, NO IMPLICA, en ningún caso, exoneración del proceso de Auditoría de la Calidad de la Facturación ni garantiza el pago total.

3.2.4 DERIVACIÓN INTERNACIONAL

- a. En el caso de requerir una derivación internacional, para pacientes con enfermedades raras o huérfanas y catastróficas, se podrá autorizar exclusivamente procedimientos que no se realizan en el país, de acuerdo a la norma nacional vigente y previa coordinación con el Ministerio de Salud Pública (Dirección de Cooperación y Relaciones Internacionales).
- b. Para derivaciones internacionales, la solicitud puede ser emitida solamente desde las unidades médicas de tercer nivel, a través de un informe técnico médico suscrito por el médico especialista y el representante legal de la unidad.
- c. La Subdirección Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud de Pichincha (SDPPSS) es la instancia encargada de la gestión de las derivaciones internacionales, a través de la unidad de Gestión de Red-Derivaciones Internacionales.
- d. Para iniciar el proceso, la UMI de tercer nivel debe presentar a la Subdirección Provincial correspondiente la solicitud y un informe detallado del caso, donde se justifique el pronóstico vital, funcional y el análisis de costo-beneficio del procedimiento. La unidad de gestión de red de la SDPPSS de Pichincha, analiza el caso y de ser procedente lo remite al MSP para la revisión del Comité Técnico de Gestión de Personas con enfermedades catastróficas (CTGPSC). El MSP es el responsable de gestionar el prestador internacional y remitir la información a la Unidad de Gestión de Red- Derivaciones Internacionales de la SDPPSS-Pichincha.
- e. La SDPPSS de Pichincha informa al paciente y coordina con el MSP el traslado a la unidad internacional receptora.
- f. El prestador internacional, luego de la atención correspondiente, remite el informe del caso a la SDPPSS-Pichincha y el MSP,

3.2.5 CONTRAREFERENCIA

- a. Una vez terminado el evento que motivó la referencia o derivación, el proveedor que recibió y atendió al paciente, obligatoriamente realizará la contrareferencia a la unidad de salud de procedencia (unidad referente), utilizando el formulario 053 para el seguimiento y continuidad del tratamiento en caso de ser necesario. El proveedor enviará vía correo electrónico y/o registrará en el sistema informático la contrareferencia. La unidad de gestión de pacientes de la UMI que generó la referencia o derivación gestionará las citas para seguimiento y control.
- b. En los casos de referencia o derivación para auxiliares de diagnóstico, obligatoriamente se realizará la contrareferencia al establecimiento de salud de procedencia, adjuntando los resultados de los exámenes para continuidad del tratamiento (vía correo electrónico y/o registro en sistema informático). La UMI que generó la referencia o derivación a través de la unidad de gestión de pacientes debe garantizar la cita o turno subsecuente e informar al paciente.

3.2.6 ESTRATEGIAS DE APLICACIÓN

- a. Implementación de las Unidades de Gestión de Red de salud y de Gestión de Pacientes:
 - Todas las unidades de atención de primero y segundo nivel de atención deberán conformar la unidad de gestión de pacientes, que estará integrada por médico y personal administrativo.
 - En los hospitales y unidades de atención de emergencias de 24 horas, la unidad de gestión de pacientes deberá contar con el personal necesario para garantizar el horario 24/7.
 - En las Subdirecciones Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud, deben conformar la Unidad de Gestión de Red, con profesionales de salud y personal administrativo con formación y/o experiencia en auditoría médica y financiera. El número de profesionales se definirá de acuerdo a un informe técnico sobre el volumen histórico de derivaciones.
- b. Para la atención de emergencias, se designará personal médico de la institución para el SISECU, que funcionará 24/7.
- c. En las unidades de primer nivel de atención del Seguro Social Campesino, el médico/a director de la unidad y el personal administrativo que designe, serán los responsables de la gestión de pacientes.
- d. Las unidades de gestión de pacientes de las UMI y de las unidades de gestión de red de las Subdirecciones Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud, contarán con

equipamiento básico (área física, computadores, escáner, conectividad) y el sistema de información definido por la institución.

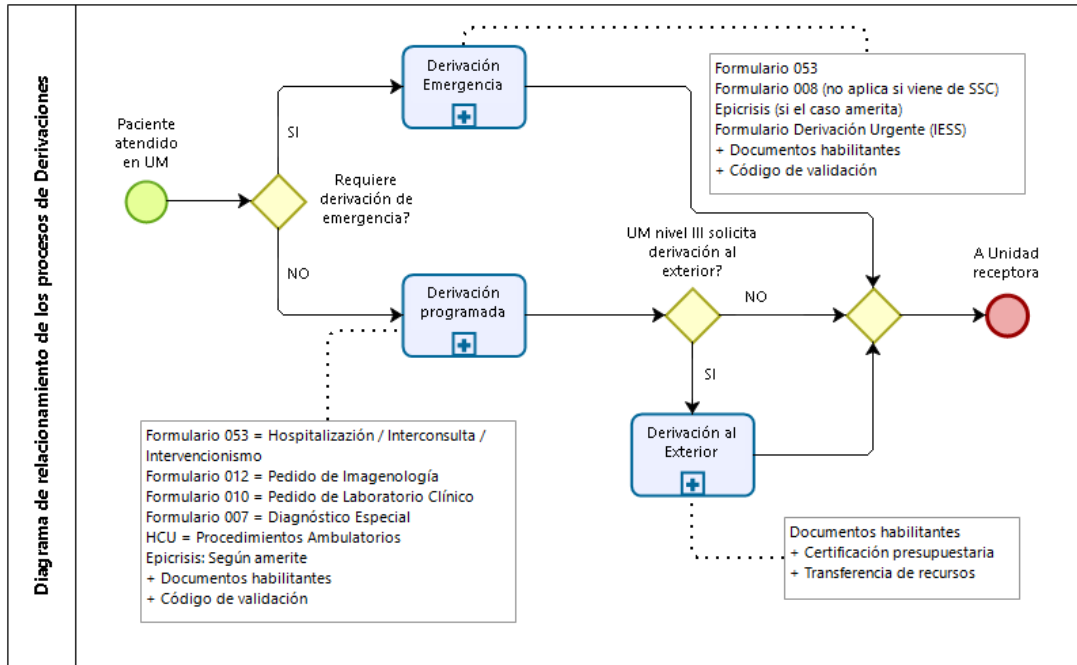
- e. Las unidades de gestión de red de las UMI presentarán mensualmente informes consolidados de derivaciones a las Subdirecciones Provinciales de Prestaciones de Seguro de Salud (SPPSS) correspondiente y está a la Subdirección Nacional de Aseguramiento del Seguro de Salud (SDNASS).

3.2.7 RESPONSABILIDADES DE LAS UNIDADES DE GESTIÓN DE RED DE LAS SUBDIRECCIONES PROVINCIALES DE PRESTACIONES DEL SEGURO DE SALUD

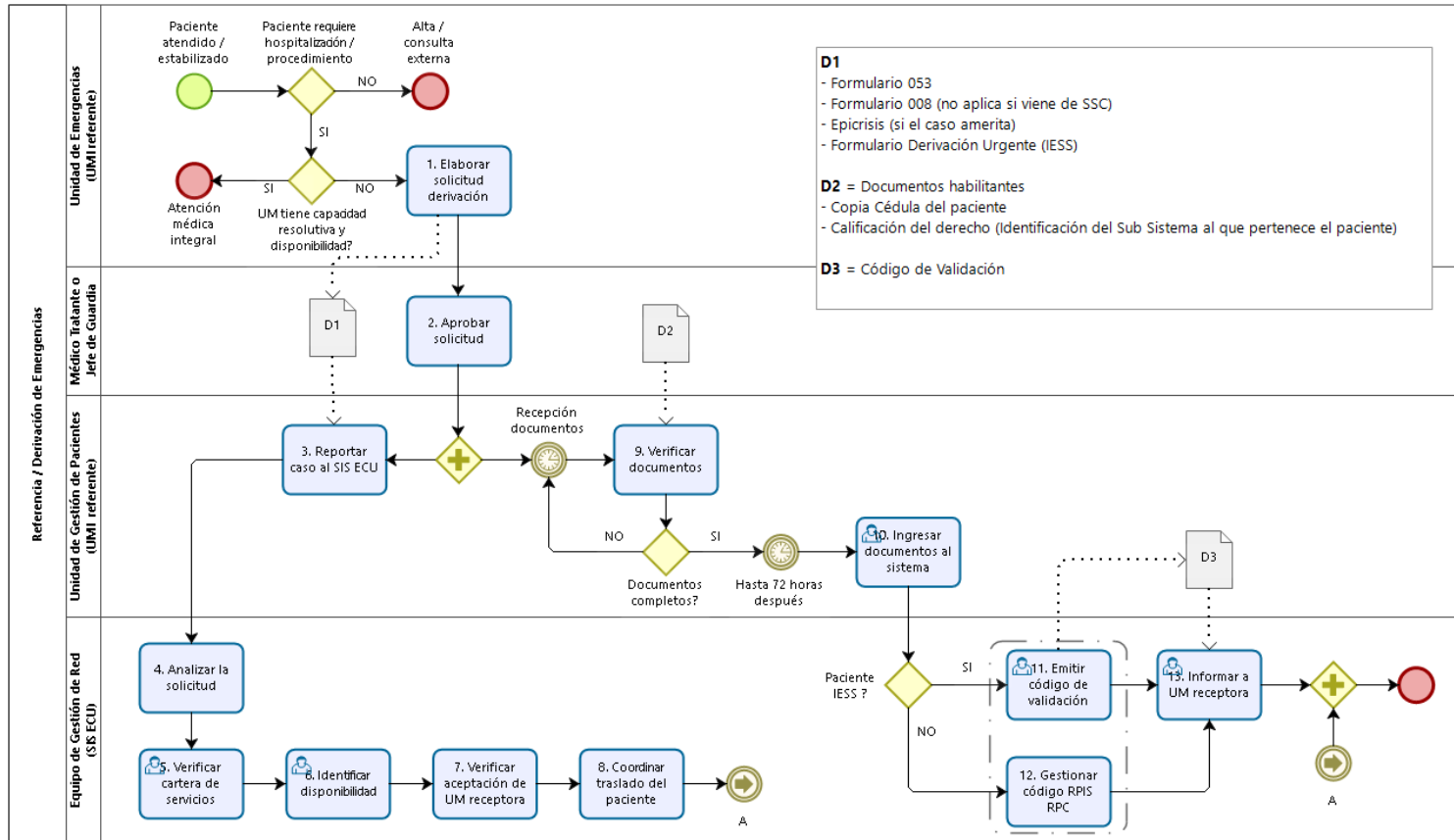
- a. Implementar el aplicativo de identificación de afiliados
- b. Mantener actualizada la cartera de servicios de las unidades médicas internas y externas con una periodicidad trimestral. Los prestadores externos en caso de novedades que afecten la atención a pacientes por problemas de disponibilidad, deben comunicar de manera inmediata, vía correo electrónico a la SPPSS. La cartera de servicios debe estar registrada en el aplicativo informático correspondiente (Sistema ADASS)
- c. Elaborar, publicar y mantener actualizado el croquis de la cartera de prestadores de la RPIS y RPC del ámbito territorial asignado. (georeferenciación)
- d. La Unidad de Gestión de Red de la Subdirección Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud, tiene que coordinar de manera permanente con los equipos de Coordinación de Calidad, Coordinación de Control y Call Center.
- e. Las Unidades de Gestión de Red de las Subdirecciones, gestionarán la derivación desde las provincias, incluyendo la realización de tratamientos especiales de hemodiálisis, tratamientos oncológicos y estancia prolongada.
- f. Todas las derivaciones programadas desde una zona de planificación territorial distinta al establecimiento de salud requirente, se efectuará entre las SDPPSS- Unidades de Gestión de Red de Prestaciones de Salud.
- g. Realizar seguimiento y evaluación del sistema de derivaciones a través de los reportes mensuales, supervisión capacitante y otros mecanismos de control.
- h. Instalar buzón de quejas físicas y vía web para la utilización del usuario que acude a UMI y unidades de la RPIS-RPC.

4 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

4.1 DIAGRAMA DE RELACIONAMIENTO DE LOS PROCESOS



4.2 REFERENCIA O DERIVACIÓN DE EMERGENCIA

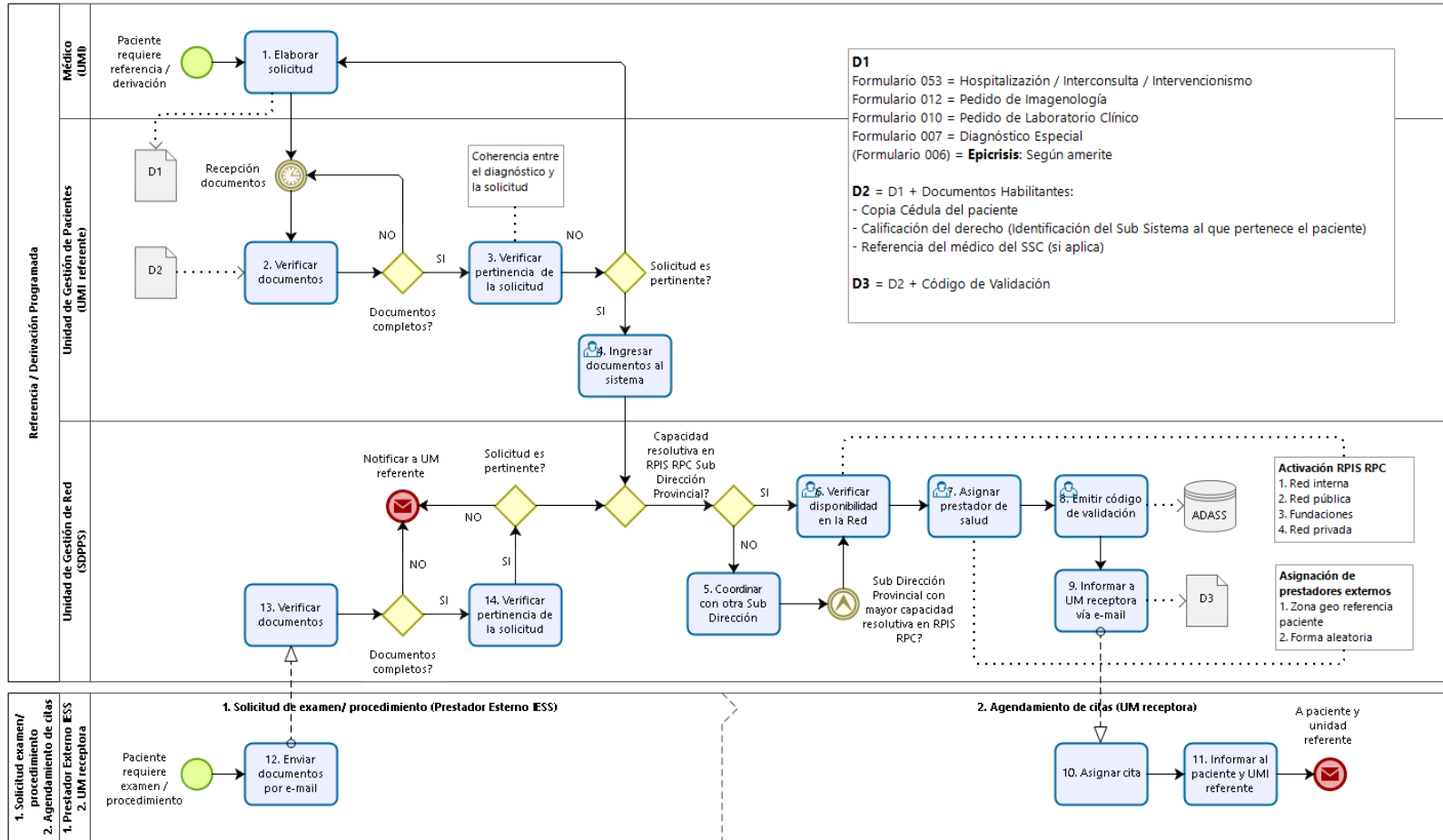


4.2.1 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES: REFERENCIA O DERIVACIÓN DE EMERGENCIA

No.	Actividad	Descripción de la actividad	Responsable	Documento de referencia/sistema
1	Solicitud de derivación	El paciente es atendido y estabilizado en la unidad médica. Médico de la unidad determina necesidad de derivación por falta de capacidad resolutive y/o disponibilidad, elabora el formulario 008, 053, Epicrisis.	Médico de la unidad de emergencias de la UMI	Formulario 053 Formulario 008 Epicrisis 006
2	Aprobación de la solicitud	Aprobación y suscripción de la solicitud de referencia o derivación (F053) del médico tratante o del jefe de guardia de la UMI	Servicio de Emergencia de la UMI	Formulario 053 Formulario 008 Epicrisis 006
3	Reportar a SIS ECU	Reportar al SIS ECU vía telefónica y enviar la documentación vía correo electrónico (escaneada y en formato pdf)	Unidad de Gestión de pacientes de UMI	Formulario 053 Formulario 008 Epicrisis 006
4	Análisis de solicitud	Recepción y verificación de la documentación, por parte del equipo del IESS para gestión de la red	Equipo de Gestión de la RED del IESS en el SIS ECU	Formulario 053 Formulario 008 Epicrisis 006
5-6	Verificación de prestadores de la RPIS-RPC	Verificación de la cartera de servicios y disponibilidad de los prestadores de la Red, respetando y registrando el orden de prelación establecido en este instrumento normativo, el mismo que debe ser registrado en el aplicativo correspondiente	Equipo de Gestión de Red del IESS en el SIS ECU	Sistema informático, registro de grabación de llamadas
7	Verificación aceptación	Equipo de gestión de red del SIS ECU coordina	Equipo de Gestión de	

No.	Actividad	Descripción de la actividad	Responsable	Documento de referencia/sistema
	de la unidad receptora	con unidad receptora para confirmar aceptación	Red del SIS ECU	
8	Traslado de paciente	Coordinar con la unidad receptora y la unidad de referencia.	Equipo de Gestión de Red del SIS ECU	Formulario F02 (atención pre hospitalaria)
9	Recepción y verificación de documentos	Verificación de documentos habilitantes, identifica el derecho y cobertura del subsistema al que pertenece. En caso de emergencias se pueden regularizar en 72 horas.	Unidad de Gestión de pacientes de UMI	Documento de Identidad (Pág. Web del Registro Civil) Aplicativo para identificación del derecho y cobertura de los pacientes – verificación en línea
10	Registro de documentación en el sistema	Escanear documentos habilitantes e Ingreso de documentación al sistema	Unidad de Gestión de pacientes de UMI	Sistema Informático (ADASS)
11	Emisión de código de validación	Código de validación del IESS si paciente es asegurado	Equipo de gestión de red del IESS en el SIS ECU	Código de Validación
12	Regularizar atención y derivación en el sistema	Si el paciente no es asegurado al IESS, se gestiona el código de validación en el subsistema al que pertenece el paciente. Para regularizar el proceso administrativo hay un plazo máximo de 72 horas laborables. La institución de la RPIS al que pertenece el paciente, en 24 horas emite el código de validación.	Equipo de gestión de red del IESS en el SIS ECU	Código de Validación
13	Informar a la unidad médica receptora	El equipo de gestión de red informa a unidad receptora la regularización de la atención médica	Equipo de gestión de red del IESS en el SIS ECU	

4.3 REFERENCIA O DERIVACIÓN PROGRAMADA



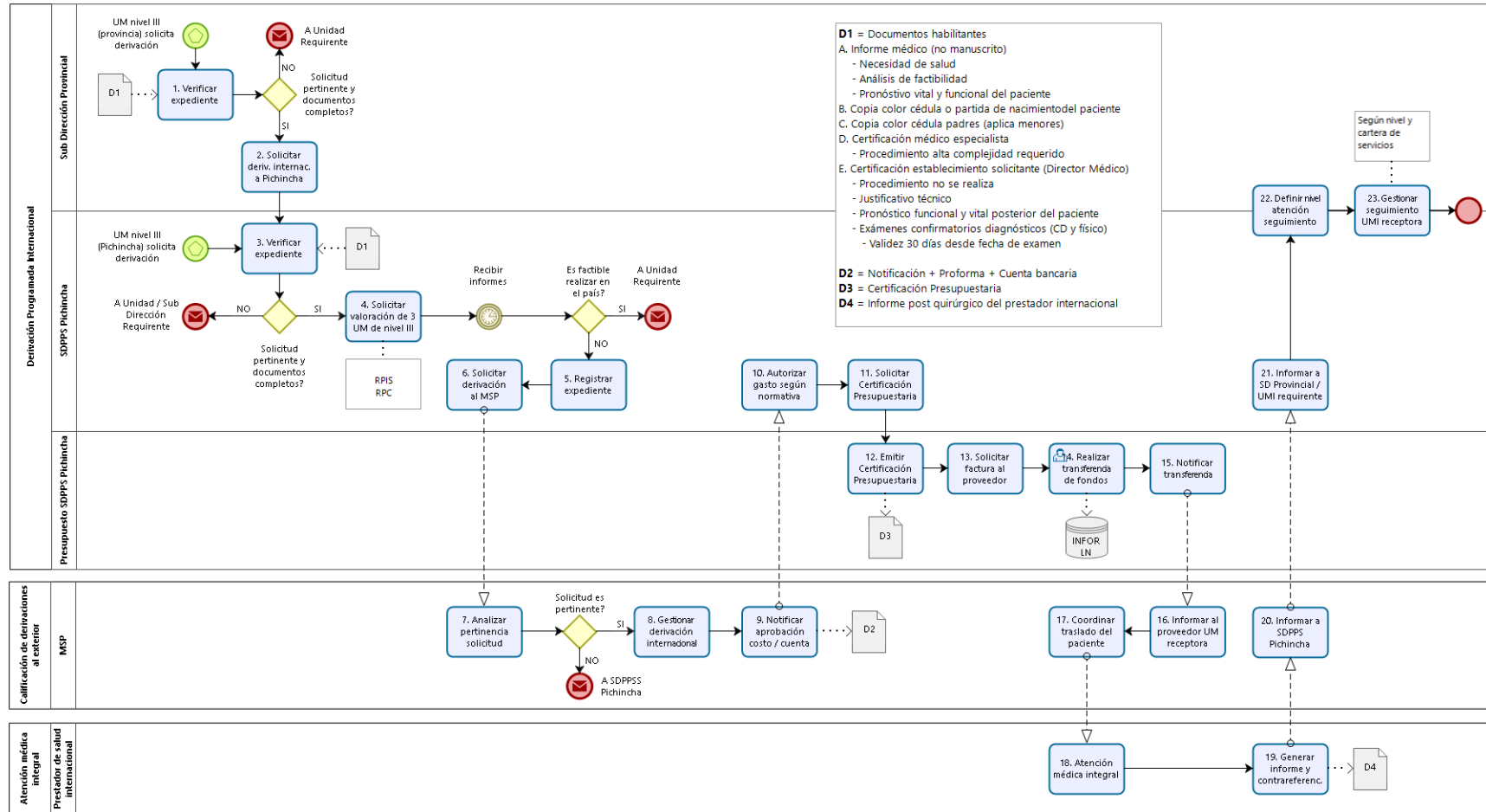
4.3.1 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES: REFERENCIA O DERIVACIÓN PROGRAMADA

No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO DE REFERENCIA/SISTEMA
1	Atención médica en la UMI	Médico/a de la UMI define necesidad de referencia o derivación	Médico/a tratante	Formulario 053 para hospitalización, interconsulta, intervencionismo. Formulario 012 para servicio de imagenología. Formulario 010 para pedido de laboratorio Clínico. Formulario 007 de diagnóstico especial. Epicrisis 006
2	Gestión de la derivación a la RPIS-RPC	Recepción y verificación de documentos. Identificación del derecho y cobertura del subsistema	Personal administrativo de la Unidad de Gestión de Red de la UMI	Formulario 053 Formulario 012 Formulario 010 Formulario 007 de diagnóstico especial. Formulario 006 Epicrisis
3	Verificación de pertinencia médica	Verificación de la coherencia entre el diagnóstico y la solicitud de derivación de acuerdo a normas y protocolos de atención	Médico/a de la Unidad de gestión de pacientes la UMI	Formularios de acuerdo a solicitud y tipo de atención a derivar: 053, 012, 010, 007, Epicrisis 006
4	Ingreso de documentos al sistema	Si la documentación no está completa o se identifica incongruencias devuelve el trámite a médico/a solicitante Si está completa, Ingresar la documentación al	Personal administrativo de la Unidad de atención de pacientes de la	Documento de identidad (Pág. Web del Registro Civil) Aplicativo para identificación del derecho y cobertura de los pacientes – verificación en

No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO DE REFERENCIA/SISTEMA
		sistema informático y/o página de internet con firma de responsabilidad y escaneada y envía la documentación a la Subdirección Provincial de Salud correspondiente	UMI	línea
5	Evaluar capacidad resolutive de la RPIS-RPC del territorio asignado de la SDPPS	Analizar si la red zonal tiene unidades con la capacidad resolutive requerida, si tiene la capacidad continuar el proceso para la atención. Si no tiene coordinar con las otras subdirecciones de prestaciones de salud para continuar con el proceso.	Unidad de gestión de red de la SDPPS	Sistema Informático
6 y 7	Asignar prestador y código de validación	<p>Verificar disponibilidad en los prestadores de la RPIS-RPC, de acuerdo al orden de prelación definido en el manual</p> <p>Asignar prestador y emitir el código de validación</p> <p>Registrar en el Sistema Informático (ADASS)</p> <p>Informar a prestador seleccionado y enviar documentación escaneada en formato pdf</p> <p>Informar a paciente</p>	Personal administrativo de la UGR de la UMI	<p>Cartera de servicios actualizada</p> <p>Sistema ADASS</p> <p>Código de validación</p> <p>Registro de la gestión</p>
8	Emitir código de validación	Emitir código de validación	Unidad de Gestión de Red de la SDPPS	<p>Sistema ADASS (Aplicativo de derivación de atención en servicios de salud)</p> <p>Servicio de internet</p>

No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO DE REFERENCIA/SISTEMA
9	Informar a unidad receptora	El equipo de gestión de red se comunica con la unidad receptora por correo electrónico	Unidad de Gestión de Red de la SDPPS	Código de Validación
10 11	Asignar cita	La unidad receptora asigna cita e informa al paciente. Proceso finaliza	Unidad receptora de la RPIS-RPC	Cita asignada
12	Solicitud de código de validación	Cuando un prestador externo que tiene convenio con IESS, y requiere exámenes o procedimientos, envía solicitud y documentos a la SDPP, para la respectiva autorización	Prestador externo	Formulario 053 Formulario 012 para servicio de imagenología. Formulario 010 para pedido de laboratorio Clínico. Formulario 007 de diagnóstico especial. Epicrisis 006 Documento de identidad (pág. Web del Registro Civil)
13 14	Verificación de documentos y pertinencia de la solicitud	La SDPP recepta solicitud y documentación habilitante, verifica pertinencia y proceso continua en el numeral 5	Unidad de gestión de red de la SDPP	Formulario 053 Formulario 012 para servicio de imagenología. Formulario 010 para pedido de laboratorio Clínico. Formulario 007 de diagnóstico especial. Epicrisis Documento de identidad – pág. web del Registro Civil Aplicativo informático (ADASS)

4.4 DERIVACIÓN INTERNACIONAL



4.4.1 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES: DERIVACIÓN INTERNACIONAL

No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO DE REFERENCIA/SISTEMA
	UMI de III nivel (provincia) solicita derivación	Médico especialista o comité médico de la unidad definen y solicitan derivación internacional a la Sub Dirección Provincial correspondiente	Médico de la UMI de III nivel	Formulario 053 Epicrisis 006
1	Verificación de expediente	Verificación de que la solicitud tenga los documentos habilitantes completos y verificación de derecho en aplicativo para identificación del derecho y cobertura del paciente	Equipo de derivaciones de la Sub Dirección Provincial correspondiente	Informe médico, documento de identificación o partida de nacimiento del paciente; copia de cédula de los padres si es menor de edad el paciente, certificado médico del especialista (procedimiento de alta complejidad requerido), certificación del establecimiento solicitante (Director Médico) que especifique que es un procedimiento que no se realiza en el unidad y en el país, pronóstico funcional o vital
2	Valoración médica de 3 UM de III nivel	Solicitar derivación internacional a la SDPPSS-Pichincha	Sub Dirección Provincial	Expediente
	UMI de III nivel (de Pichincha) solicita derivación	Médico especialista o comité médico de la unidad definen y solicitan derivación internacional a la SDPPSS Pichincha	Médico de la UMI de III nivel	Formulario 053 Epicrisis 006
3	Verificación de expediente	Verificación de que la solicitud tenga los documentos habilitantes completos y verificación de derecho en aplicativo para identificación del derecho y cobertura del paciente	Equipo de derivaciones internacionales de la SDPPSS-Pichincha	Informe médico, documento de identificación o partida de nacimiento del paciente; copia de cédula de los padres si es menor de edad el paciente, certificado médico del especialista (procedimiento

No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO DE REFERENCIA/SISTEMA
				de alta complejidad requerido), certificación del establecimiento solicitante (Director Médico) que especifique que es un procedimiento que no se realiza en el unidad y en el país, pronóstico funcional o vital
4	Valoración médica de 3 UM de III nivel	Gestionar la valoración de 3 unidades médicas de III nivel y certificación de que tratamiento no se puede realizar en el país	UM de III nivel	Expediente Informe de unidades de III nivel
5	Registro de expediente	Registrar documentación habilitante en la bitácora, archivar expediente original, foliar copia de expediente y certificar copias	SDPPSS – Unidad de Gestión de Red	Expediente completo con documentos habilitantes, foliado y certificado
6	Solicitud de derivación al MSP	Elaborar oficio solicitando atención del requerimiento al MSP; anexar expediente completo foliado y certificado	SDPPS – Unidad de Gestión de Red	Oficio de solicitud y expediente completo foliado y certificado
7	Recepta solicitud y análisis de pertinencia	Analiza pertinencia de la solicitud de acuerdo a la Normativa Nacional para derivaciones internacionales	MSP	Informe
8	Gestionar derivación internacional	Si procede solicitud gestiona de acuerdo a Normativa Nacional para Derivaciones Internacionales	MSP	
9	Notificación de aprobación si procede la derivación	Si procede la derivación internacional la SDPPR de Pichincha, recibe la notificación, la proforma emitida por el proveedor internacional, las coordenadas para la transferencia de fondos a proveedor.	MSP	Notificación de procedencia y proveedor designado Proforma Información sobre cuenta bancaria para transferencia



No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO DE REFERENCIA/SISTEMA
	internacional.			
10	Autorizar gasto según normativa	Verificación de información y gestión para autorización de gasto	SDPP-Pichincha – Unidad de Gestión de Red	Autorización de gasto
11	Solicitar certificación presupuestaria	Solicitar certificación presupuestaria a proceso financiero de la SDPP-P, anexando el expediente con documentación original y proforma autorizada	SDPP-Pichincha	Solicitud de certificación presupuestaria Expediente original Proforma autorizada
12	Emitir certificación presupuestaria	Emite certificación presupuestaria	Proceso financiero – SDPP-Pichincha	Documento de certificación presupuestaria
13	Solicitar factura al proveedor	La SDPP-Pichincha – Proceso financiero solicita factura al proveedor	Proceso financiero de la SPPS-Pichincha	Factura de proveedor internacional
14	Transferencia de fondos	Se realiza la transferencia de fondos a proveedor a través del sistema de pago interbancario	Proceso financiero de la SPPS-Pichincha	Comprobante de pago
15	Notificación de transferencia de fondos	Se notifica a MSP que la transferencia ha sido realizada y se envía archivo digital del comprobante de pago	SPPS-Pichincha – Unidad de Gestión de Red	Comprobante de pago
16	Informar a proveedor	Informar a proveedor que la transferencia ha sido realizada	MSP	Notificación
17	Coordinar traslado de paciente	Coordinación de MSP con proveedor y con la Unidad de Gestión de Red de la SDPP-Pichincha para el traslado de paciente	MSP-UGR de la SPPS de Pichincha	
18	Atención médica integral	Brindar al paciente todos los servicios requeridos para resolver su cuadro clínico	Prestador de salud internacional	
19	Informe médico	Generar contra referencia del paciente e informe	Prestador de salud	Informe post quirúrgico del prestador internacional



No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO DE REFERENCIA/SISTEMA
		médico correspondiente posterior a la cirugía y tratamiento aplicado	internacional	
20	Informar contra referencia	Trasladar el informe enviado por el prestador externo de salud a la instancia requirente	MSP	Informe post quirúrgico del prestador internacional
21	Informar contra referencia	Trasladar el informe enviado por el prestador externo de salud a la instancia requirente	SPPS-Pichincha – Unidad de Gestión de Red	Informe post quirúrgico del prestador internacional
22	Definir nivel de atención para el seguimiento	Identificar el nivel de atención necesario para el seguimiento del paciente	SPPS-Pichincha / Sub Dirección Provincial correspondiente (Unidad de Gestión de Red)	N/A
23	Gestionar seguimiento en la unidad receptora	Identificar la unidad receptora según nivel de complejidad y cartera de servicios y coordinar la cita para el seguimiento del paciente	SPPS-Pichincha / Sub Dirección Provincial correspondiente (Unidad de Gestión de Red)	Expediente

5 INDICADORES DE PROCESO

NOMBRE DEL INDICADOR	Derivaciones solicitadas
RESPONSABLE	Subdirección
FORMULA	Total de derivaciones solicitadas en el subsistema de salud del IESS/total de atenciones de morbilidad en el año por 100
UNIDAD DE MEDIDA	Porcentaje
FRECUENCIA	Anual
FUENTE	Sistema ADASS

NOMBRE DEL INDICADOR	Derivaciones efectivas
RESPONSABLE	Subdirección
FORMULA	Total de derivaciones solicitadas en el subsistema de salud del IESS/total de derivaciones efectivas por 100
UNIDAD DE MEDIDA	Porcentaje
FRECUENCIA	Semestral
FUENTE	Sistema ADASS

NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de derivaciones a prestadores de la red complementaria
RESPONSABLE	Subdirección
FORMULA	Total de derivaciones efectivas a prestadores de la RPC/sobre el total de derivaciones a la RPIS y RCP, por 100
UNIDAD DE MEDIDA	Porcentaje
FRECUENCIA	Semestral
FUENTE	Sistema ADASS

6 GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

TÉRMINO/ ABREVIATURAS	DESCRIPCIÓN
Agendamiento de citas médicas	Proceso mediante el cual se registra una cita (turno) en el Sistema Médico Informático del IESS, para acceder a la atención médica en los proveedores de servicios de salud de la Red Interna o Complementaria.
Capacidad Resolutiva	<p>Es el nivel de respuesta que tiene un establecimiento de salud a la demanda de atención o solución inmediata a cuadros complejos de salud de una persona o grupo de personas, con acciones integrales, inmediatas y oportunas haciendo uso de los recursos físicos y humanos debidamente calificados, quienes harán diagnóstico y tratamiento oportuno. La Capacidad Resolutiva se expresa en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La Cartera de Servicios del establecimiento; • El Talento Humano calificado que dispone; • La infraestructura; y, • El equipamiento.
Cartera de Servicios	<p>La definición de la Cartera de Servicios caracteriza al establecimiento y refleja su misión, en términos simples, es lo que hace a partir de sus diferentes procesos productivos, clasificados en: clínicos, quirúrgicos y de apoyo diagnóstico y tiene su expresión concreta en un listado de los servicios/productos específicos que provee el establecimiento y lo diferencia de otro.</p> <p>En consecuencia la Cartera de Servicios del establecimiento está conformada sólo por los servicios/productos específicos provistos por los procesos clínicos, quirúrgicos y de apoyo clínico, de acuerdo al Nivel de Atención y de Complejidad del establecimiento.</p>
Cita médica	Procedimiento administrativo que se establece cuando el establecimiento de salud otorga al usuario/a una fecha, hora y especialidad para ser atendido.

TÉRMINO/ ABREVIATURAS	DESCRIPCIÓN
<i>Código de validación</i>	Es el número de registro de la autorización de una Derivación que se otorga en las Subdirecciones, Unidades de Gestión de Red.
<i>Derivación</i>	Es el procedimiento estructurado de envío de un paciente (con información por escrito) de un establecimiento de salud de menor Nivel de Atención o Complejidad de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) a otro de igual o mayor Nivel de Atención y/o Complejidad de la Red Complementaria, 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.
<i>Derivación injustificada</i>	Es cuando una Derivación no ha sido realizada conforme a las Normas de Atención, Guías de Práctica Clínica, Protocolos y otras normativas emitidas por la Autoridad Sanitaria y tiene una evaluación negativa del especialista.
<i>Diagnóstico</i>	Es el juicio clínico sobre el estado de psicofísico de una persona. Es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad o la condición de salud-enfermedad de una persona.
<i>Emergencia</i>	Es la alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requieren de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras.
<i>Estancia prolongada</i>	Es la hospitalización destinada a la atención de pacientes con patologías agudas o crónicas con reagudizaciones frecuentes, generalmente con patologías sobre añadidas, deterioro funcional y cognitivo asociados y que requieren un tratamiento médico continuado durante un largo período de tiempo. En muchos casos estos pacientes presentan un problema socio familiar añadido.
<i>Entidad receptora</i>	Establecimiento de salud de igual o mayor Nivel de Atención y/o

TÉRMINO/ ABREVIATURAS	DESCRIPCIÓN
de la Referencia o Derivación	Complejidad, con la capacidad resolutive requerida, que recibe al paciente y procede a brindar la atención.
Historia Clínica Única	<p>La Historia Clínica, es un documento que registra la experiencia médica con el paciente y representa un instrumento imprescindible para el cuidado actual o futuro, que requiere de un sistema de metodología de registro y análisis que reúna la información para análisis posteriores dentro de un contexto médico legal.</p> <p>El expediente único para la historia clínica es el documento en el que se registra la historia de salud de una persona y los conocimientos científicos y la experiencia del equipo de salud.</p> <p>Representa un instrumento imprescindible para el cuidado actual o futuro de la salud. Los formularios del expediente varían según el servicio donde se lo aplique (emergencias, consulta</p>
Nivel de Atención	<p>Conjunto de establecimientos de salud organizados bajo un marco jurídico, legal y normativo; con niveles de atención (ambulatorio y Hospitalario) y capacidad necesaria para resolver con eficacia y eficiencia las necesidades sentidas de salud de la población.</p> <p>Los Niveles de Atención se clasifican en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • I Nivel de Atención (ambulatorio); • II Nivel de Atención (hospitalario);
Nivel de Complejidad	Es el grado de diferenciación y desarrollo de los servicios de salud, en relación al Nivel de Atención al que corresponde, alcanzado mediante la especialización y tecnificación de sus recursos. Es la capacidad resolutive que se define por los siguientes elementos: talento humano, equipamiento e infraestructura. Guarda relación directa con la categorización de establecimientos de salud.
Oportunidad de la atención.	Es el tiempo de respuesta del proveedor de servicios de salud para brindar la atención requerida, sin que corra peligro la vida del paciente.
Plan de	Es la respuesta de resolución de forma integral de los problemas de

TÉRMINO/ ABREVIATURAS	DESCRIPCIÓN
Tratamiento	<p>salud identificados durante el diagnóstico.</p> <p>Es el conjunto de medios de cualquier clase (higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o físicos) cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas.</p> <p>Debe presentarse de manera secuencial, lógica y ordenada.</p>
Proveedores de servicios de salud	<p>Son las unidades médicas del IESS, las entidades médico asistenciales públicas y privadas, y los profesionales de salud en libre ejercicio acreditados y contratados por el IESS.</p>
Red Complementaria del IESS	<p>Es la red de servicios de salud conformada por unidades médicas externas (proveedores externos) de cualquier Nivel de Atención y Complejidad.</p>
Red Interna-UMI	<p>Es la red de servicios de salud conformada por las unidades médicas internas (propias) del IESS.</p>
Red Pública Integral de Salud (RPIS)	<p>Es la red conformada por las unidades médicas regentadas por el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), El Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), y el Instituto de Seguridad Social de la Policía (ISSPOL).</p>
Referencia	<p>Es el procedimiento estructurado de envío de un paciente (con información por escrito) de un establecimiento de salud de menor Nivel de Atención o Complejidad a otro de mayor o igual Nivel de Atención o de Complejidad de la de una misma entidad del sistema, utilizando el formulario 053. (Red Pública Integral de Salud (RPIS).</p>
Sistema de Historia Laboral	<p>Herramienta tecnológica para el registro del pago de aportes y de días laborados de los afiliados que genera derecho a las prestaciones.</p>
Sistema Médico Informático del IESS	<p>Herramienta tecnológica para la gestión de la Historia Clínica Única.</p>

TÉRMINO/ ABREVIATURAS	DESCRIPCIÓN
Sistema de Derivación	Conjunto ordenado de procesos asistenciales y administrativos, que contribuye a garantizar la continuidad, integralidad y complementariedad de la atención de salud, con oportunidad, eficacia y eficiencia para las derivaciones
Transferencia	Se considera al traslado físico de un paciente de un establecimiento de salud a otro, en transporte institucional y con acompañamiento de un servidor de salud.
Unidad Receptora	Es la unidad que recibe pacientes que le son enviados de las diferentes unidades de la red de servicios.
Unidad Referente	Es la unidad que envía pacientes a las diferentes unidades de la red de servicios.
Urgencia	Enfermedad o problema de salud que podría convertirse en una emergencia si es que el cuidado médico dado por una condición que, sin tratamiento en su debido tiempo, se podría esperar resulte en emergencia.
RPIS	Red Pública Integral de Salud
RPC	Red Privada Complementaria
DSGSIF	Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar
SDPPSS	Subdirección Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud
UMI	Unidad Médica Interna.- Término equivalente a Establecimiento de Salud del IESS, en concordancia con la terminología utilizada en el Sistema Nacional de Salud
ADDAS	Aplicativo de derivación de atención en servicios de salud)
HCU	Historia Clínica Única
UGR	Unidad Gestión de Red

7 ANEXOS

Anexo 1: MSP. AM 5309. “Norma del Proceso de Relacionamiento para la Atención de Pacientes y Reconocimiento Económico por Prestaciones de Servicios de Salud entre Instituciones de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria”

<http://www.salud.gob.ec/catalogo-de-normas-politicas-reglamentos-protocolos-manuales-planes-guias-y-otros-del-msp/>

Anexo 2: Formularios 053 (referencia-contrareferencia), 008 (emergencias), 02 (atención Prehospitalaria, 002 (consulta externa), 006 (Epicrisis), 007 (solicitud de interconsulta), 010 (solicitud de laboratorio clínico), 012 (solicitud de imagenología).

Anexo 3: Resolución C.D. 490 “Tipología Sustitutiva para Homologar los Establecimientos de Salud por Niveles de Atención y Servicio de Apoyo del Sistema Nacional de Salud”.

[**www.iess.gob.ec**](http://www.iess.gob.ec)



@IESSec



IESSecu



IESSec



ecuador