



Ministerio de Salud Pública

MANUAL OPERATIVO

RED NACIONAL INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

RED PUBLICA INTEGRAL DE SALUD- RED PRIVADA COMPLEMENTARIA

VERSION PRELIMINAR FINAL 1.3

**EQUIPO DE
TRABAJO:**

Junio, 2013



TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION:	3
1. MARCO LEGAL	3
2. CONCEPTOS BÁSICOS	4
3. ESTRUCTURACION Y ARTICULACION DE LA RED:	4
3.1 MODELO DE GESTIÓN DE LA RED	5
4. REQUERIMIENTOS PARA EL DISEÑO E IMPLEMENTACION DE LA RED:	13
5. PROCEDIMIENTOS ESENCIALES PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LA RED:	23
5.1 Cartera de servicios por establecimiento de salud:	23
5.2 Cálculo de actividades o prestaciones	24
5.3 Procedimiento para la implementación de agendamiento	24
5.4 Procedimientos de circulación, coordinación asistencial, comunicación entre unidades de primer nivel y de unidades de mayor nivel de complejidad entre la RED	26
5.4.3 Manejo Integral de la atención programada	27
5.5 Mapa de derivación/referencia desde el primer nivel hacia niveles de mayor complejidad	30
5.5.1 Procedimientos para la Referencia y Contrarreferencia:	30
5.5.2 Procedimientos para la Derivación	31
5.6 Unidades esenciales en los establecimientos de salud	31
5.6.1 Unidades de atención al ciudadano en los establecimientos de salud:	31
5.6.2 Unidad de gestión de red en cada establecimiento:	31
5.7 Selección, calificación y contratación de prestadores	31
5.8 Analistas de atención al usuario itinerantes en los grandes prestadores	31
5.9 Mecanismos de información y comunicación:	31
6 RECONOCIMIENTO Y COMPENSACION ECONOMICA PARA LA ATENCION DE PACIENTES PARA LOS PRESTADORES	32
6.1 Actualización del Tarifario y de instructivos de operación	32
6.2 Mecanismos para oportunidad del pago y cruce de cuentas	33
6.3 Modalidades de financiamiento y asignación	33
7 ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACION DE LA RED A NIVEL ZONAL Y DISTRITAL	34
9 HOJA DE RUTA NACIONAL	35
ANEXOS	37
ANEXO No 1- TIPOLOGIA DE UNIDADES	38
ANEXO No 2 - ATRIBUCIONES DE LOS COMITES	39
ANEXO No 3 - Inventario de establecimientos de salud	43
ANEXO No 4 - 4.1 FLUJOS DE ACCESIBILIDAD EN EL PRIMER NIVEL	44
ANEXO No 5 - 5.1 AMBITO DE LA MICRORRED	45
ANEXO No 6 - Procedimiento y algoritmos para la Planificación de la RED	46
ANEXO No 7 – EVALUACION DE LA RED	50
ANEXO No 8 – CARTERA DE SERVICIOS	52
Anexo No 9 - Procedimientos para los Servicios de Emergencia/Urgencia y estructuración de la Red	70
ANEXO No 10 - MANEJO INTEGRAL DE LA ATENCION PROGRAMADA	78



Ministerio de Salud Pública

INTRODUCCION:

El Ministerio de Salud Pública, como autoridad sanitaria nacional para cumplir con su rol de rectoría ha establecido un conjunto de lineamientos de política y operativos para garantizar el derecho a la salud; en este sentido el Modelo de atención Integral de Salud (MAIS-FCI), organiza y construye los procesos de organización, prestación, gestión y financiamiento con la finalidad de construir el Sistema Nacional de Salud.

Uno de los objetivos del MAIS es ofertar las prestaciones de salud en los diferentes niveles de atención, cuya misión es la atención integral de las personas, familias y comunidades en un espacio poblacional determinado, integrando y consolidando la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) Renovada en los tres niveles de atención, reorientando los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad; además de fortalecer la recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos y atención prehospitalaria para brindar una atención integral, de calidad y en red, con énfasis en la participación organizada de los sujetos sociales; y con profundo respeto a las personas en su diversidad y su entorno.

El funcionamiento en red de los establecimientos de servicios de salud es uno de los elementos centrales para la implementación del MAIS.

En este marco, es importante señalar que para el Sistema de Salud, el desafío es la construcción de la Red Nacional Integrada de Servicios de Salud, transita desde el diseño de red que surge desde la oferta, desde lo que el sistema sabe hacer y ofrecer, a un diseño de red, que se origine en las necesidades de las personas; es decir, desde la demanda, incorporando al usuario en este proceso de cambio.

Se desarrolla esencialmente en un proceso de continuidad de la atención en torno al usuario, que tiende a la satisfacción de sus necesidades en el proceso de salud-enfermedad considerando e incorporando la medicina ancestral y alternativas.

En este marco se establece dos redes: la Red Pública Integral de Salud eje central de la Red Nacional, y la Red Complementaria de Salud (prestadores privados con y sin fines de lucro)

A continuación se presentan los lineamientos para la construcción de la RED a Nivel Nacional, en cada Zona y Distrito del País.

1. MARCO LEGAL

- Constitución Política de la República artículos: 323, 32, 52, 54, 66(25), 100 (2), 227, 276 (3), 340, 362, 363 (2), 366.
- Ley Orgánica de Salud artículos: 1, 6 (3), 7 (a) (e) (k), 8 (d), 9 (e) (g) (h).
- Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud artículo 4.
- Reglamento a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud artículo 15.
- Ley de Amparo y Protección del Paciente.
- Ley de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
- Reglamento del Seguro de Salud del ISSFA, para cubrir las Prestaciones de Enfermedad y Maternidad
- Ley de la Seguridad Social
- Ley de la Seguridad Social de la Policía Nacional
- Reglamento del Seguro de Enfermedad y Maternidad ISSPOL
- Acuerdo Ministerial MIES

- Acuerdo Interministerial No. 002-2008 del Consejo de Política Sectorial de Desarrollo Social.
- Manual Operativo de la red de protección social
- Convenio de integración de la Red Pública Integral de Salud
- Tarifario de Prestaciones de Servicios para el Sistema Nacional de Salud.
 - Instructivo 001-2012 Para la Viabilidad de la Atención en Salud
 - Instructivo 001-2012 Para Aplicar el Modificador de Calidad

2. CONCEPTOS BÁSICOS

- **Modelo:** Es el marco conceptual de referencia que brinda la imagen ideal de la forma de trabajo y de las relaciones entre los distintos elementos estructurales que lo componen.
- **Modelo de gestión:** Es el marco conceptual de referencia que define el conjunto de políticas, sistemas, procesos e instrumentos que operando coherentemente establecen la forma de conducir, dirigir su organización, permitiendo una adecuada y oportuna toma de decisiones para el logro de los objetivos sanitarios y económicos, dentro de los nuevos escenarios cambiantes.
- **Atención de salud:** Es el cuidado que reciben los individuos, las familias y la comunidad, para satisfacer sus necesidades de salud, por parte de las familias, las comunidades, las instituciones y el Estado.
- **Atención integral e integrada:** ofrecer de acuerdo a la complejidad de los establecimientos, actividades integrales (promoción, prevención, curación, rehabilitación, cuidados paliativos at. prehospitalaria), desde el 1er nivel de atención y continuar a otro, si así lo requiere.
- **Atención continua:** que el equipo de salud en cada nivel se responsabilice desde el diagnóstico o identificación del problema o necesidad hasta la curación y en comunicación con los otros niveles.
- **Prestación de servicios de salud:** Es la provisión de servicios de salud a los individuos, las familias y la comunidad, para satisfacer sus necesidades de salud.
- **Redes de salud:** conjunto de establecimientos y servicios de salud, de diferentes niveles de complejidad y capacidad de resolución, interrelacionados por una red vial y corredores sociales, articulados funcional y administrativamente, cuya combinación de recursos y complementariedad de servicios asegura la provisión de un conjunto de atenciones integrales prioritarias de salud, en función de las necesidades de la población.
- **Microrred de Salud:** conjunto de establecimientos de salud del primer nivel de atención de un Distrito cuya articulación funcional, según criterios de accesibilidad, ámbito geográfico y epidemiológico, facilita la organización de la prestación de servicios de salud. Constituye la unidad básica de gestión y organización de la prestación de servicios. La agregación de microrredes conformará una red zonal de salud.

3. ESTRUCTURACION Y ARTICULACION DE LA RED:

Para la construcción y consolidación de la **Red Nacional Integrada de Servicios de Salud**, el MSP¹ establece el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) como la base del funcionamiento en red, porque incorpora políticas, objetivos y normas para la organización, prestación, gestión y financiamiento. Para la prestación de servicios, el funcionamiento en red que asegura la articulación e intercambio entre instituciones y/o personas prestadoras y financiadoras, que deciden asociar concertadamente sus

1



Ministerio de Salud Pública

esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes.

De igual manera, define la importancia de la incorporación de la comunidad con competencias propias para resolver problemas de salud, que incluyen las prácticas de salud ancestrales y alternativas.

Según los artículos 360 y 362 de la Constitución, la salud es un servicio público y la articulación de las instituciones públicas en red es un mandato, de cumplimiento obligatorio para las instituciones públicas y en relación a las privadas bajo la normativa de la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN).

En cada territorio (distritos, zonas) se organizan y articulan los diferentes establecimientos de salud en red de acuerdo a su nivel de atención y capacidad resolutoria, en los que las acciones que se realizan por los Técnicos en Atención Primaria (TAPS) como parte de los Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS) son primer contacto y puerta de entrada.

Estas redes se estructuran conforme la nueva estructura desconcentrada de gestión del Estado Ecuatoriano y la articulación requerida en los diferentes niveles de atención, siendo el subsistema de referencia y contra-referencia el instrumento esencial para garantizar la continuidad de las prestaciones en los cinco niveles de atención definidos por el Sistema Nacional de Salud.

Lo anterior, fortalece y consolida vínculos interinstitucionales e intersectoriales que permiten acuerdos a favor de la salud y una acción complementaria en función del mejoramiento de la calidad de vida de la población, a través de la articulación funcional de la red nacional integrada de servicios de salud.

3.1 MODELO DE GESTIÓN DE LA RED

El Modelo de Gestión en Red incorpora a todos los actores (establecimientos que interactúan en una red territorial) como responsables de los resultados sanitarios de su población.

Una red es un conjunto de personas u organizaciones, formales o informales, con su propia identidad, que independiente de su tamaño, régimen de propiedad y nivel de complejidad, comparten objetivos comunes, una misión explícita y generan actividades suficientemente definidas, diferenciadas y complementarias entre sí, que se entrelazan e interconectan con una multiplicidad de otras redes formales e informales en pro de objetivos también compartidos.

Una red puede poseer un territorio o población determinada, una estructura funcional y/o administrativa semejante a un sistema abierto y los componentes relacionarse entre sí de diversos modos: horizontal, voluntario, complementario y flexible. Desarrolla o adopta capacidad de coordinación, comunicación y gestión de la información y procedimientos para acreditar, calificar y reconocer a sus unidades, definiendo las características generales de ellas y sus propias normas de funcionamiento.

El lenguaje, la comunicación y los sistemas de información, son claves para la calidad de los vínculos, la efectividad de la red y su capacidad de adaptación. Las redes exitosas requerirán de claridad en los mecanismos de toma de decisiones, en la resolución de conflictos y en mecanismos de soporte financiero y de control de gestión coherentes con sus objetivos.

Por otra parte, la efectividad sanitaria exige a cada punto de una red, adaptar sus procesos productivos a las nuevas exigencias epidemiológicas y a las crecientes expectativas de los usuarios. Esto implica revisar críticamente la opinión de los usuarios, la relación costo-efectividad de las acciones y la calidad de sus procesos productivos, la adaptabilidad de sus recursos humanos, y las modalidades que adopta para organizar y gestionar su estructura y recursos.

Lo anterior, debe armónicamente en el modelo de gestión de red, en la forma de organizar y combinar los recursos para su operativización, es decir, consiste en la operación del conjunto de establecimientos, de

diferentes niveles de capacidad resolutive, interrelacionados por una serie de protocolos y estilos de trabajo acordados y validados entre los integrantes, que permiten el tránsito de los usuarios entre ellos, de acuerdo al flujo determinado para cada uno de los problemas de salud asegurando la continuidad de la atención.

El Modelo de Gestión debe conducir a una mayor capacidad resolutive, a un aumento de la eficiencia y la eficacia, mediante el intercambio y la colaboración e implica capacitación (nivelación y actualización) continua de sus equipos técnicos y administrativos.

La Red permite que los establecimientos públicos y privados en todos los niveles de atención según su capacidad resolutive (Centro de salud de servicios itinerantes, centros A, B y C, centros de especialidades, hospitales, etc.) coordinen, potencien y complementen con actividades destinadas a la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos, atención prehospitalaria y reinserción social de las familias y los usuarios.

El alcance de la Red es interna y externa; interna en el territorio de la misma y externa a otros territorios que requieren atención de salud en los establecimientos de salud de la Macrored sea por falta de capacidad resolutive o por difícil accesibilidad geográfica, situación que es, también, objeto de la gestión.

Los establecimientos con los recursos humanos y físicos que dispongan, prestarán atención de salud programada y de urgencia, además de las acciones de apoyo y docencia cuando corresponda, basado en lo que el MAIS determina, a fin de facilitar y garantizar el acceso efectivo a la población usuaria.

3.1.1 **Ámbito de Gestión**

Proceso gobernante a cargo del Ministerio de Salud Pública:

- Dirige la gestión y planificación institucional para el diseño, implementación y evaluación de la red nacional integrada de servicios de salud que articula los establecimientos de salud públicos y privados de un territorio, con base en el Modelo de Atención Integral de Salud, en el marco de las definiciones normativas nacionales.

Procesos sustantivos (nivel central) a cargo de la Subsecretaría de Gobernanza:

- Establece los procesos de diseño, implementación y evaluación de la red nacional integrada de servicios de salud, articulando la Red Pública Integral de Salud y la Red Complementaria para garantizar la optimización y uso apropiado de recursos, potenciar fortalezas y acceso efectivo a la atención de salud con continuidad, calidad y equidad.

Procesos desconcentrados a cargo de Coordinaciones Zonales y Direcciones Distritales:

- Articula los establecimientos de salud públicos y privados desde el primer contacto y la puerta de entrada al sistema hasta el nivel de atención y complejidad que se requiera en base a los lineamientos nacionales en los territorios específicos definidos.

3.1.2 **Misión de la Red:**

- Garantizar la atención integral, oportuna, eficiente y humanizada a cada uno de los usuarios de Macroredes, Red Zonales y Microrredes Distritales, con participación social e intersectorialidad mediante la integralidad, integración e interculturalidad de la atención, para generar impacto positivo en la situación de salud de cada territorio.

3.1.3 **Visión:**

- Ser un referente para la población de influencia de la red nacional integrada de servicios de salud (RIPS y RC), que garantiza el derecho a la salud con talento humano comprometido, con calidad,



Ministerio de Salud Pública

equidad y sostenible, con alto reconocimiento a nivel nacional e internacional.

3.1.4 Objetivos de la Red:

- **General:**

Promover e implementar mecanismos para el acceso universal de la población a servicios de calidad, equitativos, gratuitos y eficientes optimizando la organización y gestión en todos los niveles de atención del sistema nacional de salud

- **Específicos:**

- Lograr el acceso efectivo universal y gratuito a atención integral de salud mediante el refuerzo de la resolutivez del primer nivel de atención como primer contacto y puerta de entrada, el funcionamiento de los diferentes niveles de atención y capacidad resolutivez para una respuesta más efectiva, eficiente y de calidad a la población de influencia.
- Optimizar el uso adecuado de los recursos públicos potenciando fortalezas y complementariedad y de libre movilidad en el territorio de la Microrredes, Redes y Macroredes
- Mejorar la disponibilidad, distribución y competencias del personal de salud en los establecimientos de salud de los diferentes niveles de complejidad, mediante la optimización y fortalecimiento de capacidades al talento humano, que impacte en la calidad y equidad del acceso a servicios de salud .
- Desarrollar las redes específicas de acuerdo a las necesidades y prioridades de salud para mejorar la oportunidad y calidad de atención de los usuarios.
- Control de la articulación y funcionalidad de la Red

3.1.5 Estrategias:

- Definición técnica de los criterios, servicios y recursos que tipifican los establecimientos de salud de acuerdo al nivel de atención y complejidad y su adecuación para ofertar una atención integral de salud, que privilegie la promoción de la salud, prevención, protección específica y detección precoz de la enfermedad; a los individuos, la familia y la comunidad; incorporando el enfoque interculturalidad y las prácticas tradicionales y alternativas
- Definición técnica de los criterios, servicios y recursos que tipifican los establecimientos de salud de acuerdo al nivel de atención y complejidad según necesidades de salud del territorio, privilegiando los procedimientos más costo-efectivos.
- Financiamiento y asignación de recursos equitativos, eficientes, con calidad del gasto y sostenible.
- Fortalecimiento de la intersectorialidad y participación social eficaz y permanente en la construcción conjunta de una cultura de la salud, la generación de prácticas saludables y la utilización racional de los servicios de salud.
- Modernizar y estandarizar la infraestructura, la tecnología biomédica y el talento humano de los establecimientos públicos con complementariedad de recursos; de tal manera que contribuyan a la excelencia y calidez de la atención.
- Implementación de la cultura y vocación de servicio como herramienta de supervivencia, crecimiento y desarrollo institucional.

- Establecer sistemas de soporte únicos como el sistema de información, etc.
- Implementación de equipos de gestión de red territorializados
- Definición, suscripción e implementación de compromisos y mecanismos formales de relacionamiento con optimización de recursos públicos que permitan la prestación integral y oportuna de las carteras de servicios unificados de los establecimientos de salud en cada territorio.

3.1.6 Organización de la Red

La organización de la atención integral e integrada de salud esta centrada de la comunidad, la familia y las personas diferenciadas por su ciclo vital, lo que significa que este es el direccionamiento central en la garantía de acceso continuo a servicios integrales de salud de acuerdo a la necesidad de resolución de sus problemas y sus determinantes sociales.

El modelo de gestión desconcentrado del Estado Ecuatoriano zonas, distritos y circuitos define la estructura territorial de la red, de la siguiente forma:

- **Red Nacional Integrada de Servicios de Salud**, Si esta Red es constituida por establecimientos de salud públicos estamos hablando de la **Red Pública Integral de Salud (RPIS)**; cuando se trata de los establecimiento de salud privados, se denomina **Red Complementaria de Salud (RCS)**.
- **Red Zonal Integrada de Servicios de Salud** esta constituida por sus Distritos, se caracteriza por articular establecimientos públicos y privados -organizaciones con y sin fines de lucro para garantizar equidad territorial y cobertura por nivel de atención y complejidad

En el territorio de las redes por zonas/ provincias están los hospitales de segundo nivel y tercer nivel que cumplirán el criterio de ordenación de 2 camas por mil habitantes que incluirá 0.5 camas por habitante para alta complejidad.

En el segundo nivel están en proceso de fortalecimiento tanto en talento humano, equipamiento e infraestructura, los Hospitales Generales y Centros Ambulatorios de especialidades. los cuales deben ser responsables de complementar la cartera de servicios del primer nivel en cuanto a servicios correspondientes a las especialidades básicas, servicios de apoyo diagnóstico y a algunas subespecialidades consideradas críticas y otras específicas al perfil epidemiológico del territorio de influencia.

En el tercer nivel de atención se encuentran los hospitales de especialidades y de especializados, además de los centros ambulatorios especializados cuya cartera de servicios cubra todas las contingencias en régimen de internamiento para prestación de servicios a los usuarios que presenten casos de mayor complejidad.

En el nivel de Atención Prehospitalaria incluye el centro coordinador de llamadas de emergencias de salud – SIS – ECU 911- y el transporte primario sea terrestre, aéreo y fluvial, que se utiliza en la medida de los requerimientos de pacientes de emergencias y funciona integrada a la Red para una mejor respuesta.



Ministerio de Salud Pública

Estos establecimientos de salud se están fortaleciendo de acuerdo a su capacidad resolutiva normada.

- **Microrred Distrital Integrada de Servicios de Salud** que cubren un Distrito y sus Circuitos correspondientes. En estas **Microrredes** los servicios que se articulan e integran son:
 - I. Equipo de atención integral de salud EAIS:
 - a. Médico/a: 1/4000 habitantes
 - b. Enfermero/a: 1/4000 habitantes:
 - c. Técnico/a en Atención Primaria en Salud:
 - i. 1/4000 habitantes zona Urbana
 - ii. 1/1500 a 2500 habitantes zona Rural
 - II. CENTRO DE SALUD DE SERVICIO ITINERANTE para atención a poblaciones dispersas hasta 3500 habitantes.
 - III. CENTRO DE SALUD TIPO A de 3.000 a 10.000 habitantes; con servicios de salud de consulta externa, sala de procedimientos, administración, centro de toma de muestras, sala de reuniones.
 - IV. CENTRO DE SALUD TIPO B de 10.001 a 50.000 habitantes; con servicios de salud de consulta externa, sala de procedimientos, administración, centro de toma de muestras y laboratorio, servicio de imagenología (rayos X y ecografía), sala de reuniones.
 - V. CENTRO DE SALUD TIPO C de 25.001 a 50.000 habitantes que cuenta con servicios de salud de consulta externa, sala de procedimientos, administración, consulta externa, centro de toma de muestras y laboratorio clínico, rehabilitación y atención de partos (Salas de Unidad de Trabajo de Parto y Recuperación -UTPR), sala de reuniones, rehabilitación.
- **Macrored:** se denomina así porque el ámbito funcional de relaciones entre establecimientos de salud supera a los límites territoriales de una Red Zonal, por condiciones de acceso efectivo por capacidad resolutiva y/o prestaciones de alta complejidad. Se refiere en estos momentos a las Zonas 9, 8 y 6,



Elaboración: original

Anexo No 1 – Tipología de establecimientos de salud

Esta organización garantiza un pool de riesgos epidemiológico y financiero para lograr el equilibrio técnico y financiero, facilita el control de la calidad de la atención de salud, su costo razonable y su sostenibilidad futura



De acuerdo a las necesidades se podrán conformar redes especializadas como emergencias, salud renal, trasplantes, etc.

3.1.7 Competencias por nivel de gestión del MSP en relación a la provisión de servicios de salud con funcionamiento en Red integrada de servicios de salud:

Nacional	Niveles	
	Zonal	Distrital
<ul style="list-style-type: none"> • Definir las políticas y normas nacionales de provisión y prestación - Conjunto de prestaciones de salud. - Normas de atención (protocolos de atención y de intervenciones sanitarias) y de servicios de salud (niveles de complejidad y estándares de los servicios). - Normas de calificación, selección y contratación de prestadores - Tarifario Nacional - Niveles remunerativos de los recursos humanos. - Regula y gestiona el financiamiento para los servicios de salud • Planificación Nacional de la RED • Definición de polos de desarrollo de prestaciones de alcance nacional • Coordinación nacional de la RED • Control y Evaluación técnico-financiera 	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación zonal de los establecimientos de salud • Diseño y gestión de la red zonal y sus flujos: <ul style="list-style-type: none"> - Organizar e implementar los establecimientos de salud por niveles de atención y gestión de la red, que brindan servicios en la zona, en coordinación con los actores locales. - Organizar, implementar y mantener los servicios de salud en red para la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, atención prehospitalaria y cuidados paliativos, en coordinación con los actores locales. - Dictar las instrucciones sobre los aspectos de su responsabilidad y los servicios de su competencia en el marco de las normativas nacionales - Promover y regular actividades y servicios en materia de salud y saneamiento. - Garantizar la referencia, derivación y contrarreferencia • Articulación ESS públicos y privados • Supervisar y fiscalizar los servicios de salud públicos y privados. • Planificar, financiar y ejecutar proyectos de infraestructura sanitaria y equipamiento, promoviendo el desarrollo tecnológico en salud en el ámbito zonal • Gestión de pacientes y de Pagos a establecimientos de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación distrital de los establecimientos de salud y su funcionamiento en red. • Diseño y gestión de la microrred zonal y sus flujos. <ul style="list-style-type: none"> - Organizar, reglamentar y administrar los servicios públicos de su responsabilidad. - Dictar las instrucciones sobre los aspectos de su responsabilidad y los servicios de su competencia en el marco de las normativas nacionales - Gestionar la articulación de los establecimientos de salud del primer nivel de salud, así como definir la construcción y equipamiento de los mismos en los espacios que los necesiten, en coordinación con actores locales y los organismos zonales y nacionales pertinentes: - Organiza y controla la prestación de servicios y la promoción de la salud, - Adecua a las necesidades locales, la promoción, protección y garantía de la participación ciudadana. - Maneja los recursos económicos, humanos y físicos en función de sus necesidades. - Realizar jornadas locales sobre aspectos prioritarios de salud - Organización de las referencias, contrarreferencias y continuidad de la atención • Articulación ESS públicos y privados • Gestión de pacientes y de planillaje de prestaciones

3.1.8 Estructura y funcionamiento de la Gestión:

El Ministerio de Salud Pública como responsable de la regulación, normatización y control del Sistema Nacional de Salud establece las lineamientos estratégicos y operativos para la coordinación, articulación y direccionamiento a niveles nacional, zonal y distrital.

La Red en todos los niveles de gestión desconcentrada esta dirigida por instancias y representantes del MSP como Autoridad Sanitaria Nacional y rector del Sistema Nacional de Salud.

La estructura de gestión para el funcionamiento en Red, debe conducir a una mayor capacidad resolutive, a un aumento de la eficiencia y la eficacia, mediante el intercambio y la colaboración e



Ministerio de Salud Pública

implica la nivelación y actualización continua de la formación de sus equipos de salud.

En base a lo anterior se establece un gobierno colectivo con las máximas representaciones institucionales de las instituciones prestadoras y administradoras del sector salud público, de esta forma se establece una estructura nacional, zona, y distrital como se visualiza esta conformación y sus relaciones a continuación.



Elaboración: Original. 2013

a. Nivel Nacional:

En este nivel existen dos estructuras:

- **Comité Directivo de la Red:**

Este Comité integrado por las máximas autoridades de las instituciones que conforman la Red y es presidida por la máxima autoridad del Ministerio de Salud Pública.

Tiene a su cargo las definiciones estratégicas relativas a la articulación y desarrollo de la Red de Servicios de Salud a través de políticas, lineamientos para su regulación, coordinación y articulación, en el marco de los objetivos estratégicos del Sistema Nacional de Salud, con respeto de los derechos, dignidad de las personas, equidad en la atención integral de salud, tales como, las normas destinadas a definir los niveles de atención, de complejidad – capacidad resolutiva-necesarios para distintos tipos de prestaciones y los estándares que serán exigibles.

- A Nivel central del MSP:

La Subsecretaría de Gobernanza a través de la Dirección Nacional de Articulación de Red y Manejo del Sistema Nacional de Salud, es responsable de la Gestión de la Red Nacional Integrada de Servicios de Salud; coordina con las nueve Coordinaciones Zonales para la Gestión Integral de la Red en cada territorio.

Tiene a su cargo, a través de la Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y la Red, la operativización de los lineamientos estratégicos nacionales a través del diseño de políticas, lineamientos para su regulación, coordinación y articulación, para satisfacer las necesidades de salud de la población, en el marco de los objetivos estratégicos del Sistema Nacional de Salud, con respeto de los derechos, dignidad de las personas, equidad en la atención integral de salud, tales como, las normas destinadas a definir los niveles de atención, de

complejidad – capacidad resolutiva- necesarios para distintos tipos de prestaciones y los estándares que serán exigibles.

Su función principal será elaborar los lineamientos estratégicos y operativos para ser aprobados por el Comité Directivo Nacional; además, de establecer la agenda del Comité de Gestión Nacional de la Red y validar las propuestas técnico-normativas de cualquier instancia del nivel central del MSP, antes de ser presentadas a este Comité.

Para fortalecer y consolidar una coordinación y articulación territorial e interinstitucional se conforman las siguientes instancias de gobierno colectivo:

- **Comité Técnico Interinstitucional de Gestión de la Red - Nacional**

Se integra para apoyar la gestión nacional de la RED a nivel nacional. Este Comité esta conformado por:

Delegados/as de las instituciones que conforman la RPIS, identificados como Prestadores y Administradores/pagadores de Salud, estará presidido por el Delegado/a de la Autoridad Sanitaria como lo señala el Convenio Marco Interinstitucional en la obligación número 6, en el ámbito nacional.

La Secretaría Técnica del Comité de Gestión de la Red Pública Integral de Salud y sus Subcomisiones, será de responsabilidad de la DNAMSNSR del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Las Subcomisiones básicas son:

- Planificación territorial
- Talento Humano
- Medicamentos e insumos
- Información y Tecnología sanitaria
- Emergencias
- Tarifario

b. Nivel Zonal:

La conformación de la Red de cada Zona, contempla al conjunto de Establecimientos de salud públicos y privados de su territorio los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población

El rol de los prestadores de salud públicos y privados es la ejecución de las acciones integradas de promoción, prevención, atención prehospitalario y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas, las familias y la comunidad. En lo que se refiere a su funcionamiento, se someten al control y vigilancia del Ministerio de Salud, en cuanto al cumplimiento de las políticas, normas, planes y programas que hayan aprobado.

Se conforma la **Comité Técnico Interinstitucional de Gestión de Red – Zonal** con carácter asesor y consultivo, proponiendo todas las medidas que se consideren necesarias para optimizar la adecuada y eficiente coordinación y desarrollo de los diferentes establecimientos de salud de diferente capacidad resolutiva de hospitales, centros especializados y atención ambulatoria y/o de día y los de Primer nivel de atención.

Será liderado por la Coordinación Zonal a través de la Dirección Zonal de Gobernanza, quienes son responsables de la Gestión de Red, analizan y gestionan y armonizan la oferta y demanda, en



Ministerio de Salud Pública

función de los requerimientos de salud de la población y presentan el plan anual de desarrollo de la RED respectiva.

Este Comité esta conformado por::

- Delegados y Delegadas de los establecimientos públicos y privados de diferente nivel de atención y capacidad resolutive y de instancias administrativas (apagadoras y/o financiadoras) dentro de su jurisdicción, estará presidido por el Delegado/a Zonal de la Autoridad Sanitaria como lo señala el Convenio Marco Interinstitucional en la obligación número 6, el Coordinador/a Zonal o su delegado.
- La Coordinación Zonal establecerá relaciones con otras Instituciones Estatales, Instituciones Privadas, que integren el Sistema Nacional de Salud en la Zona y que no se encuentren incluidas en el Convenio Marco Institucional.

c. Nivel Distrital:

A nivel distrital se organizan los establecimientos del Primer Nivel de Atención, deberán atender, en el territorio la población a su cargo, y transferirán usuarios según su necesidad a otros niveles de mayor complejidad técnica que sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención, conforme a las normas técnicas que para el efecto ha emitido el Ministerio de Salud, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen las normas nacionales.

A nivel Distrital se conforma la **Comité Técnico Interinstitucional de Gestión de Red – Distrital** tiene carácter asesor y consultivo, proponiendo todas las medidas que se consideren necesarias para optimizar la adecuada y eficiente coordinación y desarrollo de los diferentes establecimientos de salud de diferente capacidad resolutive de hospitales básicos, y los de Primer nivel de atención.

Estos establecimientos tanto públicos como privados, estarán supeditados a las mismas reglas técnicas y financieras establecidas, la recolección y tratamiento de datos y a los sistemas de información que deberán mantener y serán supervisados y coordinados por el cuerpo directivo del Distrito respectivo..

Este Comité esta conformado por:

- Delegados y Delegadas de los establecimiento de salud de las instituciones que conforman la RPIS, estará presidido por el Delegado/a Provincial/Distrital de la Autoridad Sanitaria como lo señala el Convenio Marco Interinstitucional en la obligación número 6. Será dirigido por el Director Distrital

Detalle en Anexo No 2

4. REQUERIMIENTOS PARA EL DISEÑO E IMPLEMENTACION DE LA RED:

Una red o sistema integrado de salud permite que las personas resuelvan problemas de salud de diferentes complejidades, cooperativamente, en diferentes establecimientos; así, un mismo proceso clínico por una enfermedad cualquiera tiene etapas que se desarrollan en el primer nivel y etapas en que las personas son derivadas a especialidades, ya sea en forma ambulatoria u hospitalizada.

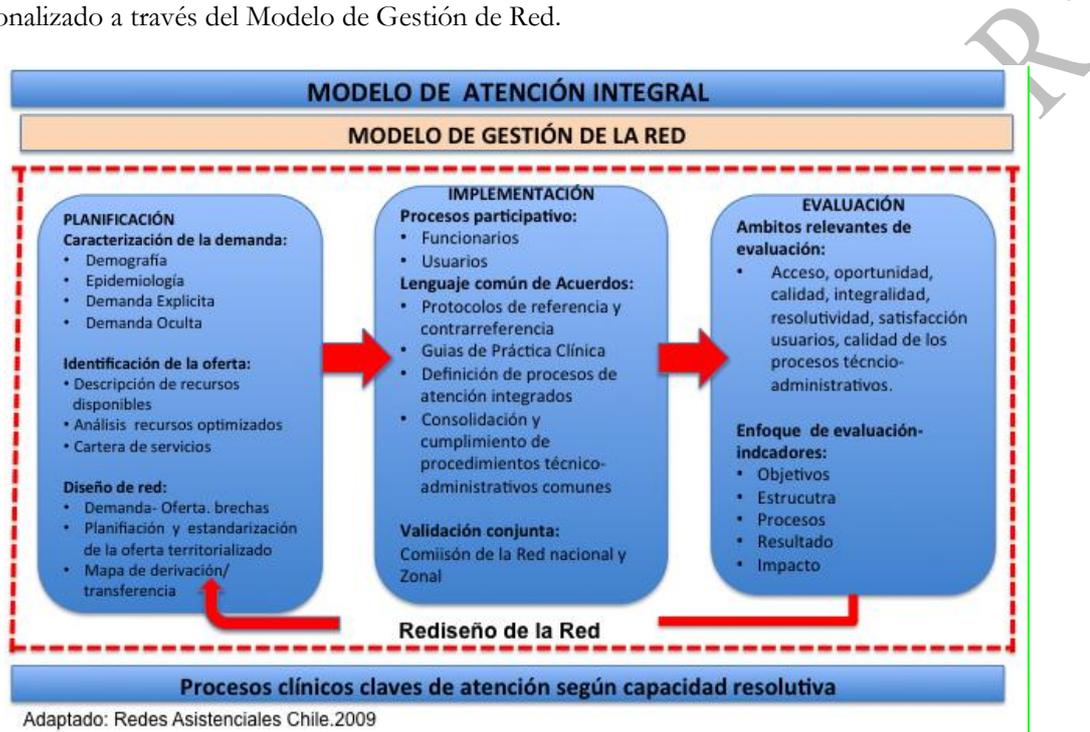
El proceso clínico es entonces la guía de la gestión en red y permite distinguir redes entre establecimientos, o “redes de redes” que conectan procesos al interior de un mismo establecimiento de salud. Las normas de referencia y contra referencia, así como protocolos y guías clínicas, deben ser diseñadas mirando la continuidad fluida de dichos procesos.

En los procesos clínicos se vinculan acciones, ya sea sobre un determinado grupo etario, programa de salud o patología; también entre unidades diagnósticas o prestadoras de servicios de apoyo con unidades clínicas. Lo central siempre será la voluntad de contribuir eficaz y eficientemente a los procesos que se

inician en el primer nivel y deben culminar allí, manteniendo la integralidad de la atención y visión coherente de los procesos.

En este sentido, se presentan orientaciones para la elaboración del Proceso de Diseño, Implementación y Evaluación de la Red de cada Servicio de Salud, tomando como unidad de análisis la Zona de Salud.

El siguiente esquema resume los procesos, los elementos relevantes y el ordenamiento metodológico para realizar un Proceso de Diseño o Rediseño de la Red Zonal, basado en el Modelo de Atención Integral y operacionalizado a través del Modelo de Gestión de Red.



4.1 Proceso de Planificación de la RED

Es un proceso a través del cual los miembros de la red de atención de un territorio, liderados por el Coordinador/a Zonal a través del Responsable Zonal de Gobernanza, analizan las necesidades de salud de la población, analizan su capacidad de oferta y diseñan un plan estratégico de mediano a largo plazo para dar respuesta a esas necesidades en forma conjunta, tomando como eje la estrategia de APS y el MAIS.

Programar en Red es el proceso a través del cual, en función de un diagnóstico más detallado, se ordenan los recursos, estrategias y actividades, se fijan metas y se asignan responsabilidades, entre los distintos integrantes de la red, para enfrentar de manera armónica, coordinada y resolutive las necesidades y riesgos del territorio.

Es así que la programación en Red, es una herramienta que permite realizar un proceso metodológico de meso planificación a nivel zonal y de micro planificación a nivel Distrital participativo, para lo cual requieren desarrollar momentos de trabajo, estos se describen a continuación.

4.1.1 Primer momento:

- **Participación de la comunidad y acción intersectorial:**



Ministerio de Salud Pública

Para el diseño de la Red es necesario que se fortalezcan y consoliden la participación de la comunidad y sus organizaciones, identificando los mecanismos para el desarrollo de la promoción, protección y garantía de la participación ciudadana.

Por otro lado, es importante los vínculos interinstitucionales e intersectoriales que permitan acuerdos a favor de la salud y una acción complementaria en función del mejoramiento de la calidad de vida de la población, a través de la articulación funcional de la red pública integral de salud.

El fortalecimiento de la intervención (conjunto de actividades) intersectorial planificada permite intervenir sobre los determinantes de la salud, mediante una actuación coordinada y potenciadora para el desarrollo integral de los territorios, el mejoramiento de la calidad de vida y de las condiciones de salud de la población.

En este sentido la intersectorialidad contribuye a la consecución de indicadores de impacto social, se espera lograr la distribución equitativa de recursos en los territorios en coordinación interinstitucional (SENPLADES, MCDS, MRL, MIDUVI, ICO, INMOBILIAR, etc.)

- **Cobertura poblacional:** total de la población Zonal y por Distritos, total de población por grupos de edad.
- **Corredores viales:** Identificar tipo de vía (carretera, afirmado, carrozable, herradura).
- **Tiempo de acceso y distancia:**
 - Al Centro de Salud más cercano.
 - Al Centro de salud de servicio itinerante más cercano.
 - A Centros ambulatorios de especialidades y/o con Hospital de día
 - Al Hospital Básico, General y de Especialidades más cercano
- **Censo Zonal de establecimientos de salud actualizado:**
Anexo No 3
- **Análisis de la Situación de salud (ASIS).-**
En el MAIS el ASIS esta previsto como un proceso altamente participativo tanto en lo local como en lo Distrital-
Características de la demanda y la oferta:
 - Para la **demanda** es necesario conocer el Perfil Epidemiológico detallado de aspectos demográficos, determinantes sociales, morbilidad y mortalidad en cada territorio (Zonas, Distritos) para definir la complejidad de cada unidad operativa especialmente de accidentes de tránsito, accidentes por violencia, o los partos esperados para una población determinada.
Adicionalmente, considerando la transición demográfica y epidemiológica que vive el país, adopta la estrategia de priorización de condiciones de salud con enfoque de evitabilidad y con principios de solidaridad y equidad
 - Para la **oferta** es necesario identificar los establecimientos de salud de primer nivel (puestos de salud, centros de salud, etc.) que constituyen en el eje de la microrred distrital, en algunos casos incluye los Hospitales básicos. En la Red zonal se incluye los otros establecimientos de salud de segundo, tercer nivel, atención prehospitalaria.
- **Mapeo de actores sociales:** que debe incorporar:
 - Actores intersectoriales
 - Actores interinstitucionales relacionados con el sector salud
 - Actores de las organizaciones sociales y comunitarios
 - Estrategias de relacionamiento con cada uno de los actores sociales

La metodología a emplear es la del MAIS.

- **Incorporar en la programación las orientaciones y prioridades** zonales definidas en los diagnósticos y planes zonales de salud, incorporando las particularidades propias del contexto territorial.
- **Lista de problemas, necesidades y determinantes de la salud.-**
De la información del ASIS se debe identificar con claridad:
 - Problemas y necesidades de salud
 - Determinantes sociales del territorio
 - Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas (FODA).
- **Identificación de cercanía de la población y acceso geográfico a los establecimientos de salud:** representa el ámbito geográfico accesible desde un punto determinado, en un tiempo o distancia especificado, es decir son tiempos de acceso de la población desde la parroquia al establecimiento de salud (primer nivel) puerta de entrada hacia los otros niveles de complejidad, que se establecen por la isócrona definida de 30 min.

Para calcular la accesibilidad geográfica se necesita la identificación de una red vial, como puede ser una red de carreteras, de primer, segundo o tercer orden. Cada tramo de la red vial puede tener distintas características en cuanto a la velocidad de tránsito, sentidos de la circulación, etc.

En función de estos criterios se considera:

- Al menos 70% de la población debe acceder a un profesional de salud por las vías habituales en 30 minutos en las zonas urbanas, 60 minutos en las urbano-marginales y 6 horas en las rurales.
- Una unidad de salud no debe estar a más de 60 minutos en transporte público.
- Una unidad de salud no debe estar a más de 2 horas a pie en sector rural.
- En zonas muy dispersas con baja concentración poblacional menor a 2.000 habitantes se garantizará el acceso a los servicios de salud con los Equipos de atención Integral de Salud (EAIS).

Para la identificación clara se requiere la georeferenciación de las unidades en el territorio específico y la identificación de flujos de accesibilidad de acuerdo a los criterios arriba señalados.

Anexo No 4

- **Definir ámbitos de establecimientos de salud de la microrred**

El propósito es delimitar los ámbitos de los establecimientos de salud por cada microrred identificada y delimitada. Una vez obtenido el listado de comunidades, parroquias, barrios por cada establecimiento de salud, se procede a la identificación y ubicación de las comunidades por cada uno de ellos conservando el color asignado a cada tipo de establecimiento, lo que permite una mejor visualización de la distribución en el territorio. Sobre esta base se realiza la delimitación del ámbito correspondiente. Como resultado se obtendrá por cada microrred un mapa con la delimitación del ámbito de la microrred, su centro de salud de referencia (el de más alta complejidad), sus establecimientos de salud y sus comunidades, y/o parroquias y/o barrios asignadas.

Anexo No 5

4.1.2 Segundo momento:

Con esta información, con todos los integrantes de la Red y/o Microrred es necesario:

- ✓ **Evaluar conjuntamente las necesidades** y las expectativas de salud de su población.



Ministerio de Salud Pública

- ✓ Incorporan en la programación en todos los niveles de atención, las orientaciones y prioridades nacionales definidas en el conjunto de prestaciones del MAIS.
- ✓ Revisan si hay avances en relación a:
 - La **adscripción de las familias** para la provisión de servicios de salud es territorializada por espacio población por circuitos y distritos (parroquia), con el propósito de acercar los servicios de salud a la comunidad, al reducir las barreras de acceso.
- ✓ La **puerta de entrada** será siempre una unidad de primer nivel de la que depende n los EAIS y es el primer contacto obligado como parte de este nivel de atención, a través de la visita familiar y el llenado de la ficha familiar identifican riesgos, captan y dispensarizan a las personas, por otra parte, resuelve un porcentaje importante de la demanda y origina el Proceso de Referencia a los hospitales, que dependiendo de su capacidad resolutive se convierten en la atención complementaria del primer nivel de atención, los que a su vez, emiten la contrarreferencia de las especialidades médicas, odontológicas, psicológicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos y la hospitalización solicitadas.

La relación con los otros niveles de atención se realiza a través de la referencia desde el primer nivel o de forma directa por situaciones de emergencia y se obliga a la remisión de la contrarreferencia.

- ✓ **Priorizan los problemas de salud** de acuerdo a indicadores epidemiológicos y sociales e identifican grupos de población de mayor riesgo y los territorios a los que pertenecen.
- ✓ **Acuerdan y fijan metas complementarias** entre si, para dar cuenta de las metas nacionales en las prioridades de salud, tanto locales como nacionales.
- ✓ **Verifican las brechas entre la demanda y la oferta para lo cual es necesario toman en cuenta:**
 - **Alcance territorial y demarcación político-administrativa:** Es necesario transferir la responsabilidad de atención de centros poblados que tienen un mejor acceso geográfico de otras microrredes, así como incorporar aquellos de otros ámbitos político-administrativos que tienen un mejor acceso
 - **Planificación territorial de establecimientos de salud**
Uno de lo elementos centrales para organizar la oferta de servicios de salud en función de la demanda, la población, las características urbano rurales es que en cada territorio se hayan localizado los establecimientos de salud necesarios para responder a la demanda con optimización de los recursos y resolver de forma integrada y continua las necesidades de salud para lo cual se han aplicado estándares de espacio- población y nivel de atención.
 - **Instituciones proveedoras de servicios de salud garantizadas:**
Los establecimientos de servicios de salud deben según los estándares definidos fortalecer la capacidad resolutive del primero, segundo y tercer nivel, y organizar el sistema de salud a través de:
 - La ampliación y adecuación de los horarios de atención en los servicios del primer y segundo nivel.
 - La implementación en las unidades de primer nivel del cuidado domiciliario, rehabilitación de base comunitaria, atención de la salud mental, brigadas de atención y unidades móviles en los sitios mas alejados para atención con calidad
 - Organización de los servicios del sector público conforme los estándares establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional con la articulación de las actividades de los programas nacionales, de manera que, se constituyan en el instrumento para operacionalizar las políticas de salud a través de la planeación, ejecución y evaluación de acciones de promoción, prevención, curación, rehabilitación, cuidados paliativos y

atención prehospitalaria; cuya implementación permite mejorar las condiciones de salud de la población.

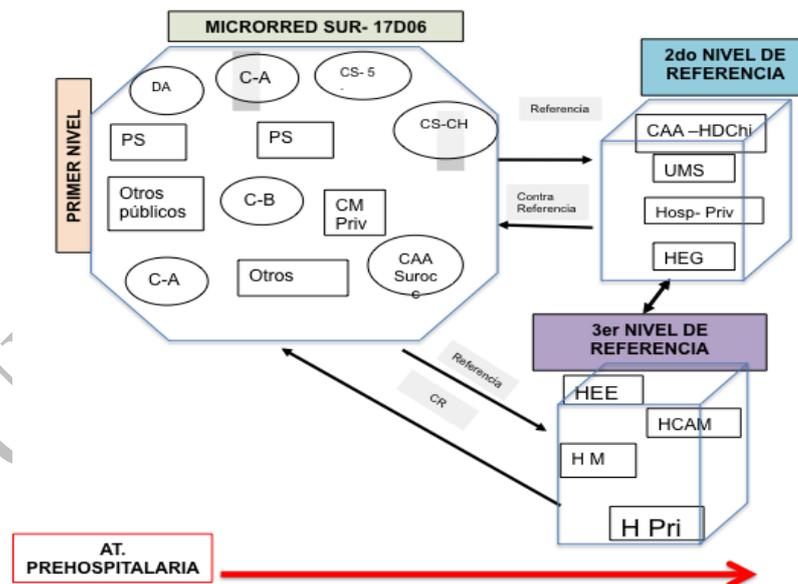
- Todos los establecimientos de salud deben contar con permiso de funcionamiento, licenciamiento y/ calificación:
 - Para las instituciones públicas se establece que en la primera fase deben tener el permiso de funcionamiento, estar licenciadas, con licenciamiento condicionado, o que hayan sido calificadas por el IESS o el ISSFA.
 - Para los prestadores sin fines de lucro deberán tener el permiso de funcionamiento actualizado y estar dispuestos a ser licenciados por la autoridad sanitaria nacional MSP, y ser calificados por el IESS y/o el ISSFA.
 - Para las instituciones con fines de lucro se establece que en la primera fase deben estar licenciadas, con licenciamiento condicionado, o que hayan sido calificadas por el IESS o el ISSFA.
- **Capacidad resolutive continua:**
Es decir, que es necesario organizar la **continuidad** de la atención, una red integrada desde los establecimientos de primer nivel con los prestadores de segundo y tercer nivel a través de la referencia y contrarreferencia obligada y otros mecanismos como información, comunicación y capacitación.

- ✓ **Verifican que los aspectos organizativos esenciales de la atención de salud** se hayan precisado:
 - Promoción, protección y garantía de derechos ciudadanos en salud y la participación ciudadana
 - Organización de la atención integral de Salud al individuo (ciclo de vida), la familia y la comunidad, los déficit en atención preventiva y patologías prevalentes.
 - Organización de la atención integral a enfermedades catastróficas y raras
 - Organización de la atención integral a las urgencias y emergencias médicas
 - Organización y gestión de establecimientos de salud públicos de salud en los diferentes nivel de atención y complejidad y los requerimientos de complementariedad con los establecimientos de salud privados
 - Organización y gestión de servicios públicos de salud ambiental y ocupacional, si fueran del caso.
 - Precisión de requerimientos y/o disponibilidad en los establecimientos de salud públicos de:
 - Recursos financieros
 - Talento Humano: de equipo polivalente y homologación de capacidades y recursos.
 - Medicamentos e insumos médico-quirúrgicos en
 - Inversiones: para homologar y/o estandarizar el recurso físico y tecnológico
 - Información sanitaria
 - Formación Continua
 - Investigación en salud
 - Establecer los **Sistemas de soporte** en base a las normativas nacionales:
 - Sistemas de referencia, derivación, contrarreferencia y seguimiento de usuarios (continuidad)
 - Elementos internos de circulación,
 - Funcionamiento horizontal sin líneas de espera
 - Comunicación
 - Distribución de recursos, etc.:
 - Mecanismos definidos de apoyo logístico, comunicaciones, transporte, insumos, etc.



Ministerio de Salud Pública

- Establecen mecanismos de **coordinación y articulación de la Red y Microrredes:**
 - Misión, propósito y objetivo común.
 - Propósito y objetivo común
 - Complementariedad de carteras entre ESS diversa complejidad
 - Estandarización de procesos y procedimientos de funcionamiento.
 - Cooperación y acuerdos
 - Gestión y administración
 - Definición de responsabilidades
 - Mayor capacidad de resolución (carteras conjuntas)
- ✓ Analizan y planifican en forma conjunta como **disminuir las brechas**
- ✓ Redistribuyen los recursos humanos y financieros
- ✓ Reorganizan los procesos de atención y gestión
- ✓ Establecen las formas de Gestionar:
 - Recursos financieros
 - Talento humano
 - Medicamentos e insumos médico-quirúrgicos en servicios públicos de salud
 - Inversiones
 - Información sanitaria
 - Investigación en salud
- ✓ Redireccionan los flujos de circulación de pacientes
Los flujos de atención y su continuidad desde la Microrred Distrital hasta el máximo nivel de complejidad en el marco de la Red Zonal, de las macrorredes si se requiere, a continuación un ejemplo de lo que se debe desarrollar en cada Zona y Distrito.



Elaboración: Original.

- ✓ Programan para la resolución de áreas críticas
- ✓ Evalúan los requerimientos de capacitación y programas acorde a la capacidad resolutoria definitiva.
- ✓ Establecen
- ✓ Evalúan los resultados obtenidos a través de los indicadores disponibles validados, así como establecen indicadores locales de común acuerdo entre todos los miembros de la Red Zonal.

En este proceso de planificación y programación algunas herramientas que se aplican están en el MAIS y su Manual Operativo.

En Anexo No 6 Algoritmos para facilitar la construcción

4.1.2 Proceso de Implementación de la RED

a. Requisitos:

Es un proceso a través del cuál se operacionaliza el proceso de planificación; tiene dos requisitos:

- Socialización a los equipos de trabajo de los miembros de la red de atención de un territorio, del proceso de diseño, liderados por el Coordinador/a Zonal a través del Responsable Zonal de Gobernanza, y si se requiere se ajusta con la participación de todos, se formula la hoja de acuerdos son obligatorios para su aplicación.
- Socialización con los líderes comunitarios y de organizaciones sociales del proceso de diseño, liderados por el Coordinador/a Zonal a través del Responsable Zonal de Gobernanza, y el Director Distrital y se sistematiza sus comentarios y sugerencias
- Estrategia comunicacional para la población de la Red para un ordenamiento de la demanda....

b. Lenguaje común de Acuerdos:

Para la implementación de la Red es necesario se funcione con instrumentos técnicos comunes, los principales son:

- Protocolo de referencia y contrarreferencia – Acuerdo....
- Guías de Práctica Clínica – Web MSP
- Definición de procesos de atención integrados que deben ser construidos en conjunto para:
 - Grupos de población diferenciados por ciclo de vida
 - Patologías prevalentes y priorizadas
 - Urgencias emergencias
 - Salud materna
 - Salud Infantil
 - Enfermedades catastróficas
 - Etc.
- Consolidación y cumplimiento de procedimientos técnico- administrativos comunes:
 - Tipología de unidades
 - Planificación territorial de la oferta
 - Selección, calificación y contratación de proveedores
 - Tarifario Nacional
 - Derivación nacional e internacional
 - Etc.

Validación conjunta:

- Comisión Nacional de Gestión de la Red y Comisión Zonal de Gestión de la Red

c. Desarrollo de intervenciones prioritarias por nivel de gestión para implementar la Red y sus microrredes:

Nivel Zonal:

- Articulación en la gestión de la Red de las Enfermedades Catastróficas y raras
- Gestión de pacientes:
 - Teléfono único de la RED en cada Zona
 - Completamiento de TH para gestión de pacientes funciona desde SIS- ECU
 - Organización de respuesta 24/7
 - Socialización RIPS y RC



Ministerio de Salud Pública

- Monitoreo en terreno:
 - Visitas sorpresa hospitales y centros de salud con emergencia 24 horas
 - Visitas prestadores públicos y privados
 - Analista de atención al usuario itinerantes
 - Sistematización de información
- Organización de flujos de atención:
 - Cartera de servicios de todos los prestadores
 - Georreferencia de prestadores por nivel de atención
 - Flujos de accesibilidad
- Comité Zonal de la RED

Nivel Distrital:

- Atención a la ciudadanía
 - Identificación de la Cartera de servicios
 - Agendamiento: ordenamiento para priorizar consultas preventivas x ciclo de vida con mecanismos para evitar ausentismo
 - Registro y citas de listas de espera
 - Manejo de la referencia y contrarreferencia
 - Orientación al usuario
- Salas de espera
- Unidad de gestión de red:
 - Relación con la gestión zonal de red
 - Auditoria y planillaje de pacientes con *Atención Integral*
- Flujos de coordinación asistencial, comunicación entre unidades de primer nivel y de unidades de mayor nivel de complejidad.
- Socialización para:
 - Compartan problemas y objetivos.
 - Se ubiquen en un territorio específico x distrito
 - Identifiquen su cartera de servicios, sus fortalezas y debilidades, flujos de comunicación
- Diseño de flujos de atención extramural e intramural
- Identificar acciones trazadoras para consolidar la microredes a nivel nacional: análisis de la calidad del Control prenatal u otras prioritarias
- Identificación de necesidades de recursos
- Comité Distrital de la Red

Nivel Hospitalario:

- **Atención al usuario - estatuto**
 - Registro y citas de listas de espera
 - Manejo de la referencia y contrarreferencia
 - Agendamiento
- **Unidad de gestión de red (crear):**
 - Relación con la gestión zonal de red
 - Gestión pacientes
 - Auditoria y facturación de pacientes con AI- ECT- Otras instituciones
- **Territorialización de los hospitales**
 - Cartera de servicios *
- **Manejo integral de emergencias:**
 - Teléfono único y exclusivo para el Servicio de Emergencia

- Jefe de Guardia del Hospital y de emergencia de 4:30 pm- 8am
 - Lista jefes de guardia con teléfonos disponible en lugar visible.
 - Área de críticos.
 - Área de Triage
 - Articulación con Atención Prehospitalaria (SIS ECU- Transporte Primario)
 - Flujo de atención en emergencias
- **Manejo integral de Atenciones programadas:**
 - Identificación de listas de espera en los servicios de consulta externa, laboratorio, imagen e intervenciones quirúrgicas (formato)
 - Gestión de listas de espera
 - Flujo de atención

4.1.3 Evaluación de la Red:

Para la evaluación de la integración de la Red se asume el modelo planteado por OPS. Se detalla a continuación.

Atributo	Red Fragmentada	Red parcialmente integrada	Red Integrada
1. Población y territorio	Sin población/territorio a cargo	Población/territorio a cargo definidos, pero con escaso conocimiento de sus necesidades en salud	Población/territorio a cargo definidos, y amplio conocimiento de sus necesidades en salud, las cuales determinan la oferta y servicios de salud
2. Oferta de servicios	Inexistente, muy limitada o restringida al primer nivel de atención	Comprende todos o la mayoría de niveles de atención, pero con gran predominio de servicios de salud personales	Una extensa red de establecimientos de salud que comprende todos los niveles de atención y que provee e integra tanto los servicios de salud personales como los de salud pública.
3. Primer nivel de Atención	Predominio de programas verticales que funcionan en forma desintegrada	Actúa como puerta de entrada al sistema pero con muy poca capacidad de resolución e integración de servicios	Actúa como puerta de entrada al sistema, integra y coordina el cuidado asistencial, y resuelve la mayoría de las necesidades de salud de la población.
4. Atención especializada	Acceso desregulado a especialistas.	Acceso regulado a la atención especializada pero de predominio hospitalario	Prestación de servicios especializados se dan preferentemente en ambientes.
5. Coordinación asistencial	No hay coordinación asistencial	Existencia de mecanismos de coordinación asistencial, pero que no cubren todo el continuo del cuidado de la salud.	Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo del cuidado de la salud
6. Foco de cuidado	Centrado en la enfermedad	Centrado en el individuo	Centrado en la persona, la familia y la comunidad/territorio



Ministerio de Salud Pública

Atributo	Red Fragmentada	Red parcialmente integrada	Red Integrada
7. Gobernanza	No hay función clara de gobernanza	Múltiples instancias de gobernanza que funcionan en forma independiente unas de otras	Un sistema de gobernanza único para toda la red
8. Participación	No hay instancias de participación social	Las instancias de participación son limitadas	Participación social amplia
9. Intersectorialidad	No hay vínculos con otros sectores	Existen vínculos con otros sectores sociales	Acción intersectorial más allá de los sectores sociales
10. Gestión de Apoyo	Gestión de apoyo desintegrada	Gestión de apoyo clínica integrada pero sin integración de los sistemas de apoyo administrativo y logístico	Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico.
11. Recursos Humanos	Insuficientes para las necesidades de la red	Suficientes, pero con deficiencias en cuanto a competencias técnicas y compromiso con la red	Suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red
12. Sistemas de Información	No hay sistemas de información	Múltiples sistemas que no se comunican entre sí	Sistema de información integrado y que vincula a todos los miembros de la red, con datos desglosados según variables pertinentes.
13. Desempeño y resultados	No hay medición de desempeño y resultados	Medición de desempeño centrado en insumos y procesos	Medición de desempeño centrado en resultados en salud y satisfacción de usuarios
14. Financiamiento	Insuficiente y discontinuo	Financiamiento adecuado pero con incentivos financieros no alineados	Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red como un todo

OPS "Redes integradas de servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y hoja de Ruta para su implementación en las Américas" Serie: La renovación de la Atención primaria de Salud en las Américas No. 4. Washington D, C.: OPS, © 2010.

Anexo No 7

5. PROCEDIMIENTOS ESENCIALES PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LA RED

5.1 Cartera de servicios por establecimiento de salud:

Definición de la cartera de servicios clínicos -quirúrgicos que aseguren las atenciones a la población y que el uso de estas prestaciones sea costo-eficiente.

Para lo cual se establecen dos ejes:

- El normativo del MAIS-
- El actual de cada establecimiento de salud

Para la cartera de servicios de cada establecimiento de salud corresponde a los servicios/productos que el establecimiento provee a sus usuarios finales, los cuales provienen de su cadena de procesos de



producción. Dicho de otra forma, la cartera de servicios identifica los productos o servicios del establecimiento de acuerdo al modelo de producción adoptado y definido, para dar respuesta a la demanda de los usuarios, de acuerdo a las normativas establecidas.

La definición de la cartera de servicios caracteriza al establecimiento y refleja su misión, en términos simples, es lo que hace, es el resultado de las distintas líneas de producción de servicios/productos que posee el establecimiento, generadas a partir de sus diferentes procesos productivos, clasificados en clínicos, quirúrgico 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.

En consecuencia la cartera de servicios del establecimiento está conformada sólo por los servicios/productos específicos provistos por los procesos clínicos y de apoyo clínico. Cada uno de los procedimientos estara codificado.

Anexo No 8

5.2 Cálculo de actividades o prestaciones

Como mínimo deben calcularse por centro de responsabilidad y especialidad lo siguiente:

- Cobertura actual:
 - Visitas domiciliaria
 - Consulta preventiva
 - Consulta de morbilidad:
 - Medicina general
 - Por tipo d especialidad
 - Egresos x tipo de hospital
- Coeficientes técnicos/criterios de ordenación:
 - ✓ No de consultas preventivas por cada consulta de morbilidad
 - ✓ N° de controles anuales por cada consulta nueva de especialidad
 - ✓ N° de procedimientos ambulatorios por cada consulta nueva de especialidad
 - ✓ N° de intervenciones quirúrgicas ambulatorias por cada consulta nueva de especialidad quirúrgica
 - ✓ N° de altas por cada consulta medica de especialidad
 - ✓ N° Promedio de días cama por egreso
 - ✓ N° Promedio de días cama UCI y UTI por egreso
 - ✓ N° de Procedimientos hospitalarios por egreso
 - ✓ N° de Intervenciones quirúrgicas por egreso

5.3 Procedimiento para la implementación de agendamiento

Uno de lo elementos vitales en la organización e implementación de la RED es las consultas programadas que mejoran la continuidad en la atención y la adherencia a los tratamientos. Lo esencial de los turnos programados es que se disponga de un tiempo protegido para ofrecer un cuidado integral a la persona que consulta.

Estas consultas representan una modalidad de organización del acceso que resulta necesaria para el cuidado de personas con enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes, asma, y otros padecimientos crónicos, son situaciones de consulta que requieren tiempos definidos, y usualmente más prolongados que una consulta de urgencia/emergencia o de demanda espontánea; así como para los controles preventivos como los prenatales o en cualquier edad.



Ministerio de Salud Pública

Los turnos programados solo requieren un registro (agenda, organizador diario, cuadernos por especialidad, etc.), una persona que los asigne, y un mecanismo para que la población pueda solicitarlos, idealmente a distancia mediante la utilización de distintos sistemas de comunicación o bien personalmente en el mismo efector de salud.

El mecanismo que en la actualidad el MSP cuenta con un Call Center a través del cual se agenda las citas de consulta externa del primer nivel. La meta de Agendamiento es de 90% del tiempo médico agendado y 10% de demanda espontánea

5.3.1 Las consultas para primer nivel de atención pueden ser:

- Morbilidad Agudos:
 - Primer a consulta - 20 min.
 - Consulta Subsiguiente – 15 min.
- Morbilidad Crónicos:
 - Consultas programadas al menos 4 al año – 20 min.
- Atención Preventiva:
 - Consulta preventiva menor de 1 año – 30 min.
 - Consulta preventiva de 1 a 5 años – 30 min
 - Consulta preventiva de 5 a 12 años – 30 min
 - Consulta preventiva de 12 a 19 años – 30 min
 - Consulta preventiva de 20 a 49 años – 30 min
 - Consulta preventiva de 49 a 65 años – 30 min
 - Consulta preventiva > de 65 años – 30 min
- Consulta de control – 10 min

Es importante el incremento de la consulta preventiva por ciclo de vida, lo que implica su priorización de este tipo de consultas con mecanismos para evitar ausentismo

5.3.2 Agendamiento en el II y III nivel:

La modalidad de turnos protegidos tanto para la atención ambulatoria programada en el segundo y tercer nivel para aquellos que los requieren y se solicitan desde el primer nivel de atención requiere coordinación y comunicación fluida entre efectores, entre niveles de complejidad y entre tomadores de decisión dentro de las redes.

- ✓ El Primer nivel agenda interconsultas de especialidad en otros niveles de atención
El turno debe ser gestionado directamente desde los Centros de Primer Nivel de Salud, ingresando en las agendas de los servicios hospitalarios a través del aplicativo del Call Center .

Cuando el turno a solicitar se refiere a otro efector de salud, ubicado en otro nivel de atención, como suele suceder cuando se referencia del centro de salud a un hospital, es necesario orientar a la persona en esa referencia.

5.3.3 Atención a demanda espontánea

- ✓ Rotar a los profesionales para atención de la demanda espontánea y no rechazar a la demanda pero proporcionándole información de la forma correcta o dándole un turno para consulta subsiguiente x la misma causa-

5.3.4 Mecanismos para controlar el ausentismo:

- Recordatorio de cita . Se trata de mensajes o alarmas que llegan a quienes solicitaron turnos, con uno o dos días de anticipación. Dichos mensajes pueden ser efectuados por personal destinado a tal fin en forma telefónica, o bien a través de sistemas automáticos que se

implementan por mensajes de texto a celulares, o correos electrónicos, el primero es el más deseable porque permite reagendar turnos.

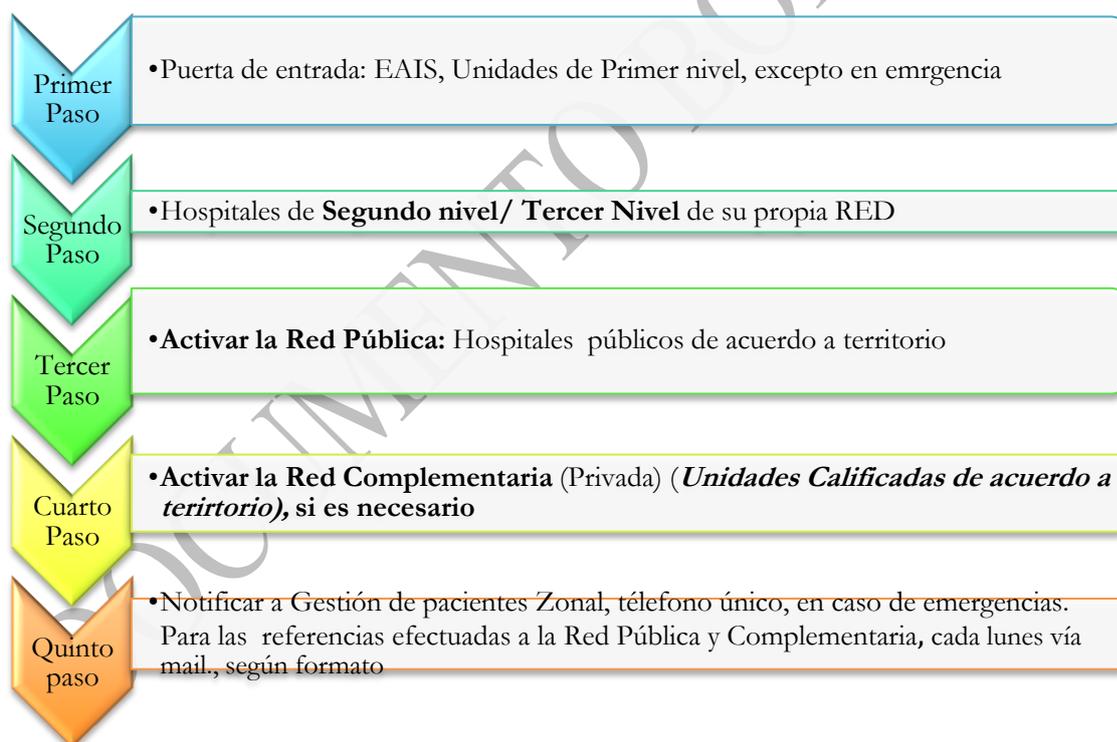
- Transporte sanitario:
Otro mecanismo puede ser transporte sanitario para lugares alejados con la finalidad, entre otras, de reducir el ausentismo derivado de problemas geográficos de acceso. Estos servicios cuentan con rutas definidas, y se activan cuando una persona obtiene un turno para una consulta o estudio en algún prestador de la red. Así, la persona recibe la confirmación del turno obtenido, junto con el lugar donde será recogido por el transporte sanitario que lo trasladará al lugar.

El transporte del primer nivel de atención al segundo es asumido por el Primer nivel; la contrarreferencia del segundo o tercer nivel hacia el primer nivel es asumido por estos niveles.

5.4 Procedimientos de circulación, coordinación asistencial, comunicación entre unidades de primer nivel y de unidades de mayor nivel de complejidad entre la RED

5.4.1 Procedimientos para el ingreso a la RIPS- RPC

a. Procedimiento administrativos para el acceso a la atención:



Fuente: Coordinación Zonal 9. 2013
Adaptado equipo nacional 2013

5.4.2 Manejo Integral de la Atención de Emergencias y estructuración de la red de emergencias:

Para organizar los servicios de emergencias de los establecimientos de salud y tener capacidades para la recepción de pacientes se debe considerar lo siguiente:



Ministerio de Salud Pública



Adaptado de: Los servicios de emergencia hospitalaria. Consorcio de Hospitales de Cataluña 2012

a. Nivel de respuesta para urgencias y emergencias:

Cada día las Salas de Emergencias/urgencias de los servicios de salud Centros de Salud y Hospitales, reciben un gran número de usuarios con distintas necesidades de atención en salud. El flujo y volumen de trabajo varía cada día y todo el tiempo, dependiendo del nivel de complejidad que requiera la necesidad de atención del usuario. Por esto es indispensable que exista un sistema de ordenamiento, que asegure la atención a los usuarios en función de una priorización clínica y no solamente por orden de llegada, para lo cual se usa el Triage.

Triage es un término francés utilizado para seleccionar, escoger o priorizar; es una escala de gravedad, que permite establecer un proceso de clasificación preliminar a los pacientes, antes de la valoración, diagnóstico y terapéutica completa en el servicio de urgencias, contribuye a que la atención otorgada al paciente sea eficaz, oportuna y adecuada, procurando con ello limitar el daño y las secuelas, y en una situación de saturación del servicio o de disminución de recursos los pacientes más urgentes sean tratados primero. El Triage se basa en la evaluación de signos vitales, condiciones de vida, intervenciones terapéuticas y evaluación DINAMICA.

Existen múltiples sistemas de triage, sin embargo por la difusión amplia, la facilidad y versatilidad en su uso se ha tomado como referente el sistema del grupo español de triage “Sistema de Triage Manchester MTS® modificado”, que también fue tomado como base para el Manual de Triage Iberoamericano (OPS, 2010). El triage que se utilizará es el siguiente:

ESTADO	TIEMPO MÁXIMO	COLOR	PATOLOGIAS
Crítico (Nivel 1)	0 minutos	Rojo	Anexo No 4.1
Emergencia (Nivel 2)	10 minutos	Naranja	Anexo No 1.2
Emergencia (Nivel 3)	1 hora	Amarillo	Anexo No 1.3
Estándar (Nivel 4)	120 minutos	Verde	Anexo No 1.4
No urgente (Nivel 5)	240 minutos	Azul	Anexo No 1.5

Fuente: “Manual de Triage Iberoamericano (OPS, 2010)”

Anexo No detalle de la aplicación, de las condiciones de salud que se consideran, según este sistema de priorización y pautas para la conformación de la red de emergencias.

Anexo No 9

5.4.3 Manejo Integral de la atención programada

En los sistemas de salud públicos de cobertura universal, las listas de espera constituyen un claro

factor regulador de la demanda. Sin embargo, los tiempos excesivamente prolongados tanto por lo que se refiere a los procedimientos diagnósticos como terapéuticos pueden comprometer sensiblemente el principio de equidad que inspira a estos sistemas sanitarios. En concreto, la lista de espera constituye uno de los elementos de mayor presión a la hora de garantizar una adecuada respuesta a las expectativas de los pacientes.

La existencia de una lista de espera es un indicador de desajuste entre la oferta y la demanda con un exceso relativo de ésta. En los últimos años esta situación se ha agravado debido, en parte, a los espectaculares avances científicos, técnicos y médicos, así como al cambio experimentado por los pacientes en cuanto a su nivel de exigencia y expectativas ante una enfermedad.

Como posibles fuentes de esta variabilidad geográfica se han descrito desequilibrios en la distribución de recursos, o el nivel de eficiencia en el funcionamiento. Pero, además, estudios nacionales e internacionales evidencian la gran influencia que los distintos modelos y prácticas de gestión imperantes ejercen sobre la magnitud del problema. Por otro lado, las listas de espera son un claro ejemplo de sistema de información para la toma de decisiones, para lo que resulta obligado la normalización de los datos y la actualización permanente de estos.

Además de estos y otros factores sociales y demográficos que puedan justificar el crecimiento en las listas de espera, al comparar lo que sucede en distintas regiones, o en diferentes hospitales de una misma región, o incluso en las distintas especialidades quirúrgicas dentro de un mismo hospital, se constata una importante variabilidad en la situación de las listas de espera: tamaño de la lista, espera media de los pacientes o tasas de inclusión en lista de espera quirúrgica, entre otros.

Para el Sistema de Salud, el desafío de construir la Red Nacional Integrada de Servicios de Salud - la Red Integral Pública de Salud RIPS- , las listas de espera es un tema crítico en los Hospitales Públicos para consulta especializada, procedimientos diagnósticos y terapéuticos y procedimientos quirúrgicos por lo que es importante, establecer los criterios de inclusión y registro de las listas de espera

Anexo No 8

5.4.3.1 Procedimiento para la Atención Electiva/Programada sea clínica y /o quirúrgica:

a. Procedimientos ambulatorios, de Laboratorio e imagen:

Para la derivación en caso de exámenes o procedimientos ambulatorios, se deben enviar con la siguiente documentación que sirve para activar la red y efectuar cobros:

- ✓ Formulario de solicitud de examen debidamente validado por el Médico Tratante y el Jefe del Servicio o su delegado.
- ✓ Hoja 053 en la cual especificarán el motivo de la referencia (Situaciones de accesibilidad geográfica, Falta de espacio físico, Equipamiento, infraestructura o personal en la Unidades de la Red de su pertinencia, Tecnología de mayor nivel), lista de espera.
- ✓ Copia de la Cédula de Ciudadanía del paciente.
- ✓ * Copia de la epicrisis (si el procedimiento/examen lo amerita) debe contener mínimo:
 - Firma y sello del médico tratante y del responsable del servicio.
 - Datos generales del paciente
 - Número de la historia clínica



Ministerio de Salud Pública

- Diagnóstico codificado según CIE – 10
- Plan de tratamiento
- Procedimientos realizados
- Detalles importantes, resultados de imagen y de laboratorio de existir.

NOTA: El Equipo de la Red Pública Integral de Salud podrá solicitar documentación adicional en caso de que así lo considere necesario.

Las referencias efectuadas estarán sujetas a revisión posterior mediante un proceso de auditoría. Se sugiere que las Unidades Operativas y Hospitales mantengan un registro electrónico de las referencias efectuadas.

b. Consulta externa Especializada:

Para la derivación de consulta especializada, se deben enviar con la siguiente documentación que sirve para activar la red y efectuar cobros:

- ✓ Formulario de solicitud de interconsulta, consulta especializada debidamente validado por el Médico Tratante y el Responsable del establecimiento de salud o su delegado.
- ✓ Hoja 053 en la cual especificarán el motivo de la referencia (Situaciones de accesibilidad geográfica, Falta de espacio físico, Equipamiento, infraestructura o personal en la Unidades de la Red de su pertinencia, Tecnología de mayor nivel), lista de espera.
- ✓ Copia de la Cédula de Ciudadanía del paciente.
- ✓ * Copia de la epicrisis (si el procedimiento/examen lo amerita) debe contener mínimo:
 - Firma y sello del médico tratante y del responsable del servicio.
 - Datos generales del paciente
 - Número de la historia clínica
 - Diagnóstico codificado según CIE – 10
 - Plan de tratamiento
 - Procedimientos realizados
 - Detalles importantes, resultados de imagen y de laboratorio de existir.

c. Procedimientos en Hospitalización

i. Clínicos:

Para la derivación de casos clínicos para hospitalización, se deben enviar con la siguiente documentación que sirve para activar la red y efectuar cobros:

- ✓ Formulario de solicitud de ingreso debidamente validado por el Médico Tratante y el Responsable del establecimiento de salud o su delegado.
- ✓ Hoja 053 en la cual especificarán el motivo de la referencia (Situaciones de accesibilidad geográfica, Falta de espacio físico, Equipamiento, infraestructura o personal en la Unidades de la Red de su pertinencia, Tecnología de mayor nivel), lista de espera.
- ✓ Copia de la Cédula de Ciudadanía del paciente.
- ✓ * Copia de la epicrisis (si el procedimiento/examen lo amerita) debe contener mínimo:
 - Firma y sello del médico tratante y del responsable del servicio.
 - Datos generales del paciente
 - Número de la historia clínica
 - Diagnóstico codificado según CIE – 10
 - Plan de tratamiento
 - Procedimientos realizados
 - Detalles importantes, resultados de imagen y de laboratorio de existir.
- ✓ Comunicación con Establecimiento al que se refiere para garantizar la atención fecha y hora.

ii. Quirúrgicos:

Para la derivación de casos clínicos para hospitalización, se deben enviar con la siguiente documentación que sirve para activar la red y efectuar reclamos de pago:

- ✓ Formulario de solicitud de ingreso debidamente validado por el Médico Tratante y el Responsable del establecimiento de salud o su delegado.
- ✓ Hoja 053 en la cual especificarán el motivo clínico de referencia
- ✓ Copia de la Cédula de Ciudadanía del paciente.
- ✓ * Copia de la epicrisis (si el procedimiento/examen lo amerita) debe contener mínimo:
 - Firma y sello del médico tratante y del responsable del servicio.
 - Datos generales del paciente
 - Número de la historia clínica
 - Diagnóstico codificado según CIE – 10
 - Plan de tratamiento
 - Procedimientos realizados
 - Detalles importantes, resultados de imagen y de laboratorio de existir.
- ✓ Comunicación con Establecimiento al que se refiere para garantizar la atención fecha y hora.
- En el caso que el paciente beneficiario de otros subsistemas sean hospitalizados las Áreas de Salud/Distritos y Hospitales se enviará obligatoriamente la epicrisis para la realización del procedimiento y/o examen, este documento también sirve como habilitante para el pago.

d. Manejo de tiempos de espera

Anexo No 10

5.5 Mapa de derivación/referencia desde el primer nivel hacia niveles de mayor complejidad

5.5.1 Procedimientos para la Referencia y Contrarreferencia²:

La norma de Referencia y Contrarreferencia define un sistema único de relaciones entre ambos niveles, el primario y los otros niveles de mayor complejidad, que facilita la circulación de pacientes e información clínica entre todos los nodos de la misma, de tal forma que el beneficiario de los servicios se mueva por la red de forma cómoda y tan sólo en función de la respuesta más idónea al problema de salud por el que inició su contacto con la misma.

El funcionamiento de una red necesita mecanismos de coordinación asistencial entre los servicios, tales como los sistemas de referencia y contra referencia, para los cuales resulta esencial que los mismos sean establecidos con claridad y aceptados por los equipos. La referencia consiste en remitir a una persona hacia otro servicio o nodo de la red donde la complejidad ofrecida resulta adecuada para continuar y avanzar en su cuidado. La referencia puede hacerse con motivo de una interconsulta, una derivación o segunda opinión. La contrarreferencia es la acción informada mediante la cual una persona retorna al centro de atención desde donde fue referenciado, para continuar con su tratamiento o seguimiento.

Se aplicara la norma nacional emitida por la ASN.

² Norma: Acuerdo Ministerial No..... Abril 2013



Ministerio de Salud Pública

5.5.2 Procedimientos para la Derivación

Se aplicara la norma técnica nacional emitida por la ASN.

5.6 Unidad esenciales en los establecimientos de salud

5.6.1 Unidades de atención al ciudadano en los establecimientos de salud:

En el estatuto de gestión de los establecimientos de salud se encuentran estas unidades están destinadas a facilitar la entrada y circulación de las personas en el ámbito tanto del primer nivel como del hospitalario, además de ocuparse en muchos casos de la gestión de turnos, y de asegurar las referencia a niveles de mayor complejidad y contrarreferencia al primer nivel de atención.

Estas unidades deben dar prioridad a aquellas personas con mayores barreras de acceso, mejorando la equidad del sistema y permitiendo reducir la incertidumbre que produce circular por instituciones a veces desconocidas, y en situación personal de padecimiento.

Sus competencias son:

- Manejo del Directorio de los establecimientos de la Red y su Cartera de servicios
- Agendamiento:
- Registro y citas de listas de espera
- Manejo de la referencia y contrarreferencia
- Orientación al usuario

5.6.2 Unidad de gestión de red en cada establecimiento:

- Gestión de tiempos de espera
- Gestión de pacientes derivación referencia y contrarreferencia
- Ingreso de pacientes con enfermedades catastróficas y raras
- Relación con la gestión zonal de red
- Auditoria y facturación de pacientes con *Atención Integral*
- *Orientación al usuario*

5.7 Selección, calificación y contratación de prestadores

Norma técnica emitida por la ASN Acuerdo No....

5.8 Analistas de atención al usuario itinerantes en los grandes prestadores

- Ubicados en los establecimientos de salud privados
- Verifican calidad de atención de los pacientes derivados de la RPIS
- Progresivamente en establecimientos de salud públicos

5.9 Mecanismos de información y comunicación:

Las intervenciones propuestas para diseñar y consolidar la Red no son suficientes para asegurar la sostenibilidad de los cambios esperados. La comunicación en salud ha demostrado ser de vital importancia para conseguir que estos cambios se mantengan e incluso se incrementen en el tiempo. En este sentido se ha identificado que el mayor problema -a nivel comunicacional- se encuentra en la falta de información sobre los cambios que se proyecta sobre la funcionalidad de la red y sus mecanismos de funcionamiento.

Es importante realizar un análisis de los medios de comunicación en cada establecimiento y entre establecimientos para que sirva de base para proyectos específicos y estimación de recursos para mejoramiento de medios comunicacionales.

La estrategia de comunicación plantea como ejes:



- ✓ **Información:** mensajes a través de los medios masivos y alternativos para que las familias y las comunidades interioricen las nuevas formas de atención a la salud a nivel de la comunidad, familia y personas mediante procesos de socialización, capacitación e información por diversos medios comunicacionales
- ✓ **Coordinación directa** con otros Programas Sociales del Estado orientados a la misma población objetivo, a fin de establecer alianzas, convenios y entendimientos para unir esfuerzos y compartir costos, a fin de obtener mejores resultados haciendo un uso eficiente de los recursos relacionados con este tema.
- ✓ **Colectivos comunicacionales** a nivel de Distrito y Zonas que monitoreen las necesidades de información y comunicación.
- ✓ **Mejoramiento de recursos comunicacionales:** internet, mail, telefonía y plataformas tecnológicas de soporte en todos los establecimientos de salud.

La socialización y capacitación se ha planteado en 3 fases:

- ✓ Fase de corto plazo:
 - Socialización y capacitación online al personal de salud
 - Caja de mensajes y material comunicacional para la comunidad y familias.
 - Capacitación presencial en territorio para personal de salud, líderes y actores sociales.
- Fase de mediano plazo:
 - Capacitación formal online para personal de salud
 - Campañas comunicacionales masivas
- ✓ Fase de largo plazo:
 - Capacitación formal para personal de salud
 - Campañas comunicacionales masivas
 - Material comunicacional para la comunidad y familias.

6 RECONOCIMIENTO Y COMPENSACION ECONOMICA PARA LA ATENCION DE PACIENTES PARA LOS PRESTADORES

El Tarifario Nacional del Sistema Nacional de Salud fue emitido y publicado en el registro oficial edición especial No. 289 del 24 de mayo de 2012 con el Acuerdo Ministerial N.- 160, es el instrumento clave para el reconocimiento económico de las prestaciones entre la RPIS y la RPC. Este tarifario tiene además 2 anexos:

- Instructivo No 1
- Instructivo No 2

El tarifario y sus normas generales y específicas son obligatorias para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud.

6.1 Actualización del Tarifario y de instructivos de operación.

El procedimiento esta descrito en la sección G del Tarifario Nacional con los siguientes propósitos:

- a. Adicionar o eliminar códigos de acuerdo con el CPT (siglas en inglés-Terminología de Procedimientos Técnico Médicos) y/o incluir o excluir prestaciones, procedimientos, servicios o paquetes de prestaciones, de acuerdo con los estudios de morbi-mortalidad de la población atendida, evaluación económica, innovaciones tecnológicas, que deben tener el correspondiente soporte de la evidencia científica.
- b. Fijar los factores de conversión monetarios de servicios institucionales, de diagnóstico, otros procedimientos y honorarios médicos, con el fin de actualizar su valor.



Ministerio de Salud Pública

Para el primer semestre del año 2013 se expedirá la actualización del Tarifario, en el que se incluyen paquetes priorizados y sus normas, pago de ambulancias,...

6.2 Mecanismos para oportunidad del pago y cruce de cuentas

En este tema en el tarifario se incluyo en el Instructivo 001 se establece la Viabilidad para la atención de los pacientes en las Unidades de salud de la RPIS y RPC .

Por otra parte, para este año se emite la norma de selección, calificación y contratación, derivación nacional e internacional, proceso de control técnico y pago de proveedores con tiempos en cada hito del proceso, lo que permitirá definir ante la presentación de cada reclamo el tiempo para el pago.

6.3 Modalidades de financiamiento y asignación

Este tema al momento actual esta en proceso de análisis y decisiones, siembargo es necesario señalar que los principios sobre los cuales se esta construyendo son:

- ✓ Equidad
- ✓ Solidaridad
- ✓ Eficiencia
- ✓ Eficacia

DOCUMENTO BORRADOR



7 ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACION DE LA RED A NIVEL ZONAL Y DISTRITAL

Para la implementación de la Red Zonal y Distrital se han planteado las siguientes actividades:

- 7.1 Socialización a nivel nacional y zonal
- 7.2 Conformación del Comité Directivo Nacional de la Red
- 7.3 Reorganización del Comité Interinstitucional de Gestión de RED- Nacional:
 - 7.3.1 Revisión de delegados y responsabilidades
 - 7.3.2 Conformación de Subcomisiones: se prioriza:
 - ✓ Planificación territorial
 - ✓ Talento Humano
 - ✓ Medicamentos e insumos
 - ✓ Información y Tecnología sanitaria
 - ✓ Tarifario
- 7.4 Conformación de Comité Zonal de Gestión de la RED y/o Comité Distrital de Gestión de la RED
- 7.5 Desarrollo de intervenciones prioritarias por nivel de gestión para implementar la Red y sus Microrredes:
 - **Nivel Zonal:**
 - **Nivel Distrital:**
 - **Nivel Hospitalario:**
- 7.6 Convenios de gestión por resultados
- 7.7 Formación de equipos de apoyo nacional – zonal para la implementación
- 7.8 Formación continua a nivel nacional y zonal
- 7.9 Evaluación y monitoreo a través de indicadores



9 HOJA DE RUTA NACIONAL

ACTIVIDADES	FECHAS
DOCUMENTOS NORMATIVOS	
Manual de funcionamiento Red: funcionamiento, protocolos e instrumentos:	
• Cartera de servicios por ESS normativa	Abril
• Implementación de Agendamiento y mecanismos de optimización	Abril
• Atención al ciudadano	Abril
• Referencia y Contrarreferencia:	Abril
• Mapa de derivación/referencia	Abril
• Circulación, coordinación asistencial, comunicación	Abril
• Organización de la Atención de Emergencias:	Abril
• Procedimientos para la Atención Electiva/Programada sea clínica y /o qx:	Abril
• Procedimientos clínicos:	Abril
• Procedimientos quirúrgicos:	Abril
• Consulta externa Especializada:	Abril
• Procedimientos de Laboratorio:	Abril
• Procedimientos de Imagen	Abril
• Pacientes al exterior	Abril
• Manejo de Listas de espera	Abril
• Costeo y planillaje de prestaciones	julio
SOCIALIZACION Y ACTUALIZACION (presencial y en línea)	
Nivel central	Abril
Nivel Zonal	Ab- Julio
MEJORAMIENTO DE PROCEDIMIENTOS Y RECURSOS PARA LA RED	
Flujos de comunicación	Junio
Mejoramiento aplicativo para gestión de camas	Junio
Identificación y cuantificación de requerimientos	Junio
INTERVENCION PARA MEJORAMIENTO DE LA GESTION EN ZONAS X PRIORIDADES	
intervención a Nivel de Hospitales	Ab- Jun
intervención a Nivel de Distritos	Ab-agosto
Intervención a equipos zonales	Marzo- Junio
INTERVENCION EN BRECHAS DE ATENCIÓN	
Atención materna y Neonatología complicada	
Campañas de captación activa para control prenatal	Abril-julio
UCI Y UTIM adultos, RN y pediátrico	
Intervención en otras brechas	Junio-dic
MEJORAMIENTO DE LA OPORTUNIDAD DEL PAGO	
Actualización de tarifario e instructivos	Abril-junio
Mejoramiento e implementación de Flujos de pago e instrumentos	Abril-Julio
Unidad de gestión en ESS	Mayo- Dic
MONITOREO Y EVALUACIÓN	
Visitas sorpresa hospitales y centros de salud con emergencia 24 horas	Permanente
Monitoreo Indicadores sobre integración de la RED	Cuatrimestral



DOCUMENTO BORRADOR



Ministerio de Salud Pública

ANEXOS

DOCUMENTO BORRADOR



ANEXO No 1- TIPOLOGIA DE UNIDADES

El MSP con la finalidad de homologar los establecimientos de servicios de salud en los tres niveles de atención en el sector salud, ha establecido un consenso sobre la tipología de unidades operativas por nivel atención y complejidad.

• Grafico No 1

- NIVELES DE ATENCION, NIVELES DE COMPLEJIDAD, CATEGORIA Y NOMBRES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

NIVELES DE ATENCION	NIVELES DE COMPLEJIDAD	CATEGORIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	NOMBRE
Primer Nivel de Atención	1° Nivel de complejidad	I-1	Puesto de salud*
	2° Nivel de complejidad	I-2	Consultorio general
	3° Nivel de complejidad	I-3	Centro de salud - A
	4° Nivel de complejidad	I-4	Centro de salud - B
	5° Nivel de complejidad	I-5	Centro de salud - C
Segundo Nivel de Atención	AMBULATORIO		
	1° Nivel de complejidad	II- 1	Consultorio especialidad (es) clínico – quirúrgica
		II-2	Centro de especialidades
	2° Nivel de complejidad	II-3	Centro clínico- quirúrgico ambulatorio (Hospital del Día)
	HOSPITALARIO		
	3° Nivel de complejidad	II-4	Hospital Básico
4° Nivel de complejidad	II-5	Hospital General	
Tercer Nivel de Atención	AMBULATORIO		
	1° Nivel de complejidad	III-1	Centros especializados
	HOSPITALARIO		
	2° Nivel de complejidad	III-2	Hospital especializado
	3° Nivel de complejidad	III-3	Hospital de especialidades
Cuarto Nivel de Atención	1° Nivel de complejidad	IV-1	Centros experimentación pre registro clínicos
	3° Nivel de complejidad	IV-2	Centros de alta subespecialidad
Nivel de Atención Prehospitalario	1° Nivel de complejidad	APH-1	Unidad de atención prehospitalaria de transporte y soporte vital básico.
	2° Nivel de complejidad	APH-2	Unidad de atención prehospitalaria de soporte vital avanzado.
	3° Nivel de complejidad	APH-3	Unidad de atención prehospitalaria de soporte vital especializado.

FUENTE: Acuerdo Ministerial No. 1203. 2012.

* Se denominará en un futuro centro de Salud de servicio itinerante.



Ministerio de Salud Pública

ANEXO No 2 - ATRIBUCIONES DE LOS COMITES

1. A nivel Nacional:

1.1 Comité Directivo Nacional:

Esta conformado por:

- ✓ Ministra/o de Salud o su delegado
- ✓ Presidente del Consejo Directivo del IESS o su delegado
- ✓ Presidente del Consejo Directivo del ISPOL o su delegado
- ✓ Presidente del Consejo Directivo del ISSFA o su delegado
- ✓ Director Nacional de Salud de Fuerzas Armadas o su delegado
- ✓ Director Nacional de Salud de La Policía o o su delegado

La Secretaria de este Comité será la Subsecretaria de Gobernanza

Sus competencias son:

- a. Aprobar planes, programas y proyectos de desarrollo y lineamientos operativos que permitan viabilizar la articulación entre las instituciones que conforman la RPIS.
- b. Analizar los resultados del monitoreo y evaluación del desarrollo de la Red
- c. Establecer lineamientos estratégicos para el desarrollo de la Red en base a los resultados de integración y funcionamiento de la red.

Para su funcionamiento se establece:

- ✓ Tres reuniones anuales
- ✓ Reuniones extraordinarias a demanda de cualquiera de los miembros.

1.2 Comité Técnico Interinstitucional de Gestión de la Red - Nacional

Esta conformado por:

- Delegados/as de las instituciones que conforman la RPIS, identificados como Prestadores y Administradores/pagadores de Salud, estará presidido por el Delegado/a de la Autoridad Sanitaria como lo señala el Convenio Marco Interinstitucional en la obligación número 6, en el ámbito nacional.

INSTITUCIÓN	PRESTADORA / ADMINISTRADORA	REGULADORA	ADMINISTRADOR	PRESTADORA
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)	Seguro General de Salud Individual y Familiar (SGSIF)		X	
	Seguro Social Campesino (SSC)		X	X
	Coordinación Nacional de Gestión de Unidades Médicas (CNGUM)			X
Ministerio de Defensa	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA)		X	
	Dirección de Salud de las Fuerzas Armadas (DISAFA)			X
Ministerio del Interior	Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL)		X	
	Dirección Nacional de Salud de la Policía Nacional (DNS)			X
Ministerio de Salud Pública	Subsecretaría Nacional de Gobernanza	X		
	Subsecretaría de Provisión de Servicios			X
	Unidad de Gestión de Prestaciones de Salud		X	

La Secretaría Técnica del Comité de Gestión de la Red Pública Integral de Salud y sus Subcomisiones, será de responsabilidad del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

El Comité Nacional de Gestión de la RPIS, establecerá relaciones con otras Instituciones Estatales, Instituciones Privadas, que integren el Sistema Nacional de Salud.

Sus competencias son:

- a. Elaborar, dar seguimiento y control de planes, programas y proyectos de desarrollo y operativos que permitan viabilizar la articulación entre las instituciones que conforman la RPIS.
- b. Establecer Subcomisiones Ad-Hoc para temas específicos (Equipos Técnicos de Trabajo), en un tiempo determinado para garantizar los resultados de la Red.
- c. Planificar las acciones necesarias a ser ejecutadas por las instituciones de la Red de manera oportuna y eficiente en función del cumplimiento de las 21 obligaciones del Convenio Marco Interinstitucional.
- d. Proponer la elaboración de normas que se requieran para la el desarrollo de la Red y del Comité Nacional, Zonal y distrital de Gestión de la Red Pública Integral de Salud.
- e. Analizar y proponer soluciones en las áreas en que se presenten nudos críticos, en la debida integración de los referidos niveles de atención
- f. Proponer los mecanismos de Articulación entre distintos Establecimientos de Salud, para complementariedad de prestaciones en las macrorredes
- g. Revisar de forma sistemática de la utilización de la atención de salud y perfilamiento de patrón de atención de salud (auditoria y feed-back),
- h. Establecer los mecanismos operativos nacionales para la suscripción de convenios o acuerdos con las instituciones que conforman la RPIS.
- i. Fortalecer el desarrollo de las capacidades técnicas e institucionales de los miembros de la RPIS.
- j. Gestionar y planificar los recursos humanos, tecnológicos y físicos asignados
- k. Establecer procesos de gestión y retroalimentación de información entre las instituciones miembros de la RPIS.
- l. Difundir, informar y comunicar los resultados del Comité de Gestión de la RPIS a las autoridades de las instituciones miembros de la RPIS y público en general.
- m. Gestionar el cumplimiento de los compromisos acordados en las reuniones de trabajo del Comité de Gestión de la RPIS.
- n. Monitorear y evaluar los resultados de la Red.

Para su funcionamiento se establece:

- ✓ El Comité se reunirá cada 15 días, los miércoles
- ✓ Las Subcomisiones se reunirán de forma simultanea cada 15 días será presidida pr un representante del MSP
- ✓ Reuniones extraordinarias a demanda de cualquiera de los miembros.
- ✓ En todas las Reuniones se levantará un acta con los acuerdos y la agenda de la próxima reunión

2. Nivel Zonal:

Este Comité esta conformado por:

- Delegados/as de las instituciones que conforman la RPIS, identificados como Prestadores y Administradores/pagadores de Salud, estará presidido por el Delegado/a de la Coordinación Zonal, se podrá invitar de acuerdo a la agenda a un representante de los prestadores privados.

Sus atribuciones son:

- a. Establecer, implementar y evaluar los planes, programas y proyectos de desarrollo y operativos de la Red que estén a su cargo.
- b. Coordinar las acciones necesarias que deben cumplir las instituciones de la Red en su jurisdicción para que brinden la atención integral de salud de manera oportuna y eficiente.
- c. Armonizar la demanda y la oferta del territorio y diseñar los flujos de atención entre los establecimientos de salud por nivel atención y capacidad resolutive para garantizar el acceso efectivo.
- d. Analizar y proponer estrategias de soluciones en las áreas en que se presenten nudos



Ministerio de Salud Pública

- críticos, con la debida integración de los referidos niveles de atención
- e. Articular los distintos Establecimientos de Salud, para complementariedad de prestaciones en las Macrorredes a través de una Subcomisión
 - f. Realizar la difusión de los resultados obtenidos a consecuencia de la gestión de la RPIS en su jurisdicción, a las autoridades de las instituciones miembros de la RPIS y población en general.
 - g. Establecer los mecanismos de comunicación adecuados entre los establecimientos de RPIS y de la RCS del nivel zonal.
 - h. Analizar las propuestas técnica y/o administrativas para establecer la factibilidad técnica, económica y operativa de los requerimientos recibidos.
 - i. Revisar de forma sistemática de la utilización de la atención de salud y perfilamiento de patrón de atención de salud (auditoría y feed-back),
 - j. Gestionar el cumplimiento de los compromisos acordados en las reuniones de trabajo del Comité de Gestión de la RPIS.
 - k. Coordinar con otros actores del sector en el territorio, para la implementación de políticas o proyectos que permitan cumplir las obligaciones señaladas en el Convenio Marco Interinstitucional para Integrar la Red Pública Integral de Salud.
 - l. Proponer al Comité de Gestión Nacional la implementación de intervenciones específicas para el nivel zonal, basados en normas técnicas establecidas por el Comité Nacional con la finalidad de mejoramiento del acceso efectivo en el territorio.
 - m. Presentar informes trimestrales y anuales de los resultados obtenidos al Comité Nacional, a cargo del Delegado del Ministerio de Salud Pública como Presidente del Comité Zonal.
 - n. Coordinar los procesos de gestión y retroalimentación de información entre las instituciones miembros de la RPIS en su jurisdicción.
 - o. Preparar e implementar cursos, talleres, seminarios para capacitar y/o socializar temas clínicos relevantes de la Red.
 - p. Monitorear y evaluar los resultados de la Red.

Para su funcionamiento se establece:

- Reuniones cada 8 días de forma alterna el Comité y la Subcomisión
- La subcomisión de prestación de servicios de la Red estará conformada por Delegados y Delegadas de los establecimientos públicos y privados de diferente nivel de atención y capacidad resolutoria, estará presidido por el Delegado/a Zonal
- Reuniones extraordinarias si ameritan

3. Nivel Distrital:

A nivel distrital se organizan los establecimientos del Primer Nivel de Atención, deberán atender, en el territorio la población a su cargo, y transferirán usuarios según su necesidad a otros niveles de mayor complejidad técnica que sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención, conforme a las normas técnicas que para el efecto ha emitido el Ministerio de Salud, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen las normas nacionales.

Estos establecimientos tanto públicos como privados, estarán supeditados a las mismas reglas técnicas y financieras establecidas, y serán supervisados y coordinados por el cuerpo directivo del Distrito respectivo.

A nivel Distrital se conforma la **Comisión Distrital de Gestión de Red** tiene carácter asesor y consultivo, proponiendo todas las medidas que se consideren necesarias para optimizar la adecuada y eficiente coordinación y desarrollo de los diferentes establecimientos de salud de diferente capacidad resolutoria de hospitales, centros especializados y atención ambulatoria y/o de día y los de Primer nivel de

atención.

Este Comité está conformado por:

- Delegados y Delegadas de los establecimientos de salud de las instituciones que conforman la RPIS, y la RPC, estará presidido por el Delegado/a Provincial/Distrital de la Autoridad Sanitaria como lo señala el Convenio Marco Interinstitucional en la obligación número 6.

Son atribuciones del Comité de Gestión Provincial/Distrital las siguientes:

- a. Establecer, implementar y evaluar los planes, programas y proyectos de desarrollo y operativos de la Microrred a cargo.
- b. Coordinar las acciones necesarias que deben cumplir los establecimientos de salud en su territorio para que brinden la atención integral de salud de manera oportuna y eficiente.
- c. Armonizar la demanda y la oferta del territorio y diseñar los flujos de atención entre los establecimientos de salud por nivel atención y capacidad resolutiva para garantizar el acceso efectivo.
- d. Analizar y proponer soluciones en las áreas en que se presenten nudos críticos, en la debida integración de los referidos niveles de atención.
- e. Realizar la difusión de los resultados obtenidos a consecuencia de la gestión de la RPIS en su jurisdicción, a las autoridades de las instituciones miembros de la RPIS y público en general.
- f. Revisar los mecanismos de gestión, comunicación y retroalimentación adecuados entre los establecimientos de RPIS y de la RCS del nivel distrital.
- g. Revisar de forma sistemática de la utilización de la atención de salud y perfilamiento de patrón de atención de salud (auditoría y feed-back),
- h. Proponer al Comité de Gestión Zonal la implementación de intervenciones específicas para el nivel distrital, basados en normas técnicas nacionales, con la finalidad de mejoramiento del acceso efectivo en el territorio.
- i. Presentar informes trimestrales y anuales de los resultados obtenidos al Comité Zonal, a cargo del Delegado del Ministerio de Salud Pública como Presidente del Comité Distrital.
- j. Analizar las necesidades de capacitación, actualización y socialización para proponer al nivel zonal en temas relevantes de la Microrred.

Para su funcionamiento se establece:

- Reuniones cada 8 días de forma alterna el Comité y la Subcomisión
- La subcomisión de prestación de servicios de la Red estará conformada por Delegados y Delegadas de los establecimientos públicos y privados de diferente nivel de atención y capacidad resolutiva, estará presidido por el Delegado/a Zonal
- Reuniones extraordinarias si ameritan



Ministerio de Salud Pública

ANEXO No 3 - Inventario de establecimientos de salud

Distrito
Provincia....
Zona.....

Nombre del establecimiento	Tipo ESS	No camas	Comunidad	Institución de dependencia	Naturaleza institución	Barrio	Parroquia	Dirección	Teléfono
(1)	(2)		(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)

1. Nombre de establecimiento
2. Tipo de establecimiento: utilizar tipología normada
3. Comunidad: nombre
4. Institución de dependencia: MSP, IESS (SGSIF, SSC), FFAA, Policía, GADs. otros
5. Naturaleza de la Institución: pública, privada sin fines de lucro PSFL, privada con fines de lucro CFL
6. Barrio: nombre
7. Parroquia: nombre
8. Dirección: calles y No
9. Teléfono: directo del responsable

DOCUMENTO BORRADOR



ANEXO No 4 - 4.1 FLUJOS DE ACCESIBILIDAD EN EL PRIMER NIVEL

Distrito Provincia.....Zona.....

Territorio	Provincia	Distrito	Categoría	Población	Distancia	Tiempo Traslado			Tipo vía	Hospital de 2do nivel + cercano	2° hosp. 2do nivel + cercano
						vehículo	A pie	total			
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)			(8)	(9)	(10)

1. Territorio: se anotará nombre
2. Provincia: nombre según corresponda
3. Distrito: nombre según corresponda
4. Categoría: Referido a la calificación conocida del territorio; si es comunidad, parroquia, barrio, ciudad
5. Población: Se registra la población total de habitantes por territorio (anotar fuente INEC o autocenso)
6. Distancia: en Km
7. Tiempo traslado: Consignar el tiempo, en MINUTOS, del centro poblado al establecimiento de salud más cercano. Si es en vehículo y/o a pie.
8. Tipo de vía: Anotar si el camino es asfaltado, de tierra, sin afirmar, mixto (asfaltado + sin afirmar, etc.).
9. Establecimiento de salud más cercano: Registrar el nombre del establecimiento de salud más cercano al territorio poblado, dentro del ámbito previamente establecido
10. Segundo establecimiento de salud más cercano: Registrar el nombre del segundo establecimiento de salud más cercano del Territorio, dentro del ámbito previamente definido.



Ministerio de Salud Pública

ANEXO No 5 - 5.1 AMBITO DE LA MICRORRED

Tabla de accesibilidad de los establecimientos de la microrred

Nombre de al Microrred:

Distrito:---

Establecimiento	Categoría	Establecimiento de referencia	Categoría	Población	Tiempo Traslado a la Sede			Distancia a la sede	Tipo de vía
					vehículo	A pie	total		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)			(7)	(8)

1. Establecimiento de salud: Se registrará el nombre de cada establecimiento de salud.
2. Categoría: Establece la categoría del establecimiento de salud según Acuerdo No
3. Establecimiento de referencia: Se consignará el nombre del Centro de salud de mayor capacidad resolutive que se encuentre mas cercano al establecimiento de salud
4. Categoría: Establece la categoría del establecimiento de referencia
5. Población: Se registra la población total de habitantes por establecimiento de salud)
6. Distancia: en Km
7. Tiempo traslado a la sede: Registrar el tiempo, en MINUTOS, del establecimiento de salud a su Centro de Salud cabecera de la microrred. Si es en vehículo y/o a pie.
8. Distancia a la sede: Consignar la distancia, en KILÓMETROS, del establecimiento de salud a su Centro de Salud cabecera de microrred.
9. Tipo de vía: Anotar si el camino es asfaltado, de tierra, sin afirmar, mixto (asfaltado + sin afirmar, etc.).

5.2 FLUJOS DE ACCESIBILIDAD HACIA LOS OTROS NIVELES DE ATENCION

Tabla de accesibilidad de los establecimientos de la microrred

Nombre de la Microrred:

Distrito Provincia Zona

Establecimiento	Categoría	Establecimiento de referencia 2do y tercer nivel	Categoría	Población	Tiempo Traslado a la Sede			Distancia a la sede	Tipo de vía
					vehículo	A pie	total		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)			(7)	(8)

1. Establecimiento de salud: Se registrará el nombre de cada establecimiento de salud.
2. Categoría: Establece la categoría del establecimiento de salud según Acuerdo No
3. Establecimiento de referencia: Se consignará el nombre del centro de especialidades u Hospital de segundo nivel y el de tercer nivel que le corresponde y que se encuentre mas cercano al establecimiento de salud.
4. Categoría: Establece la categoría del establecimiento de referencia
5. Población: Se registra la población total de habitantes por establecimiento de salud
6. Distancia: en Km
7. Tiempo traslado a la sede: Registrar el tiempo, en MINUTOS, del establecimiento de salud a su Centro de Salud cabecera de la microrred. Si es en vehículo y/o a pie.
8. Distancia a la sede: Consignar la distancia, en KILÓMETROS, del establecimiento de salud a su Centro de Salud cabecera de microrred.
9. Tipo de vía: Anotar si el camino es asfaltado, de tierra, sin afirmar, mixto (asfaltado + sin afirmar, etc.).

ANEXO No 6 - Procedimiento y algoritmos para la Planificación de la RED

La construcción de la Red Zonal es de abajo arriba, tiene los siguientes requisitos:

- ✓ Debe iniciarse desde los Distritos,
- ✓ Debe ser acompañada por el equipo zonal

Proceso No 1 – Construcción de las Microrredes Distritales:

Objetivo:

Formular la propuesta que adecua la delimitación de microrredes distritales sobre la base de la información analizada y el contexto actualizado para mejorar el grado de acceso de la población a los servicios de salud.

Sin embargo, la decisión de asignar población a los establecimientos de salud como su puerta de entrada a los servicios requiere ser flexible con relación a los otros criterios, principalmente el geopolítico. En esta etapa se requiere contar con toda la información previamente consolidada por el equipo, así como tener disponibilidad de:

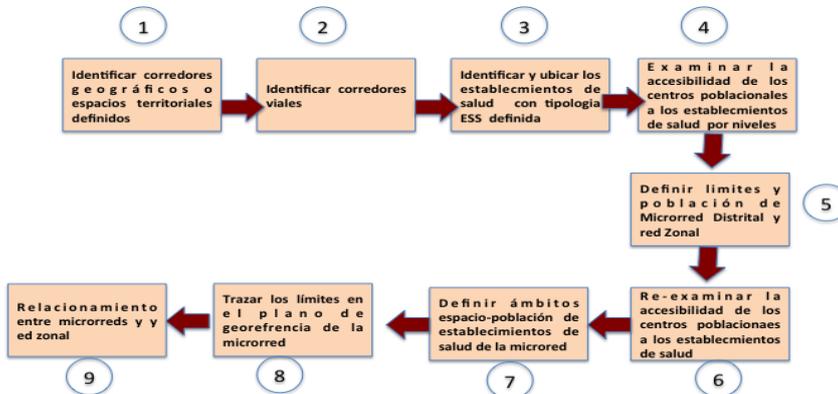
- ✓ Mapa del ámbito con información geopolítica, orográfica y vial,
- ✓ Formato relacionado a información poblacional y acceso (distancia y tiempo) al centro de salud mas cercano (anexo N° 5.1),
- ✓ Formato relacionado a información poblacional y acceso (distancia y tiempo) al establecimiento de salud mas cercano (anexo N° 5.2),
- ✓ Formato para registrar accesibilidad de los establecimientos de salud de la microrred a su establecimiento de referencia (anexo N° 4)
- ✓ Inventario de establecimientos actualizado: debe incluir todos los establecimientos clasificados por tipología aunque no hayan sido licenciados cada uno con la señalectica normada y diferenciada por existente y en planificados. Anexo No 3
- ✓ Cartera de servicios de cada establecimiento de salud

Es conveniente que el equipo técnico pueda recoger información sobre la creación de nuevos establecimientos de salud, ya sea que estén en proceso de construcción o estén planificados para ser construidos en un lapso de dos años. De igual manera, es relevante la información de proyectos u obras de ampliación vial para el mismo período ya que tendrán impacto en el acceso de la población a los establecimientos de salud. Una vez completada la información requerida, el equipo técnico en coordinación con el equipo de conducción distrital- zonal deben iniciar la siguiente etapa, cuyo propósito es desarrollar la nueva propuesta o validar la delimitación de espacio población. A continuación un algoritmo de este proceso.



Ministerio de Salud Pública

Pasos para organizar la microrred

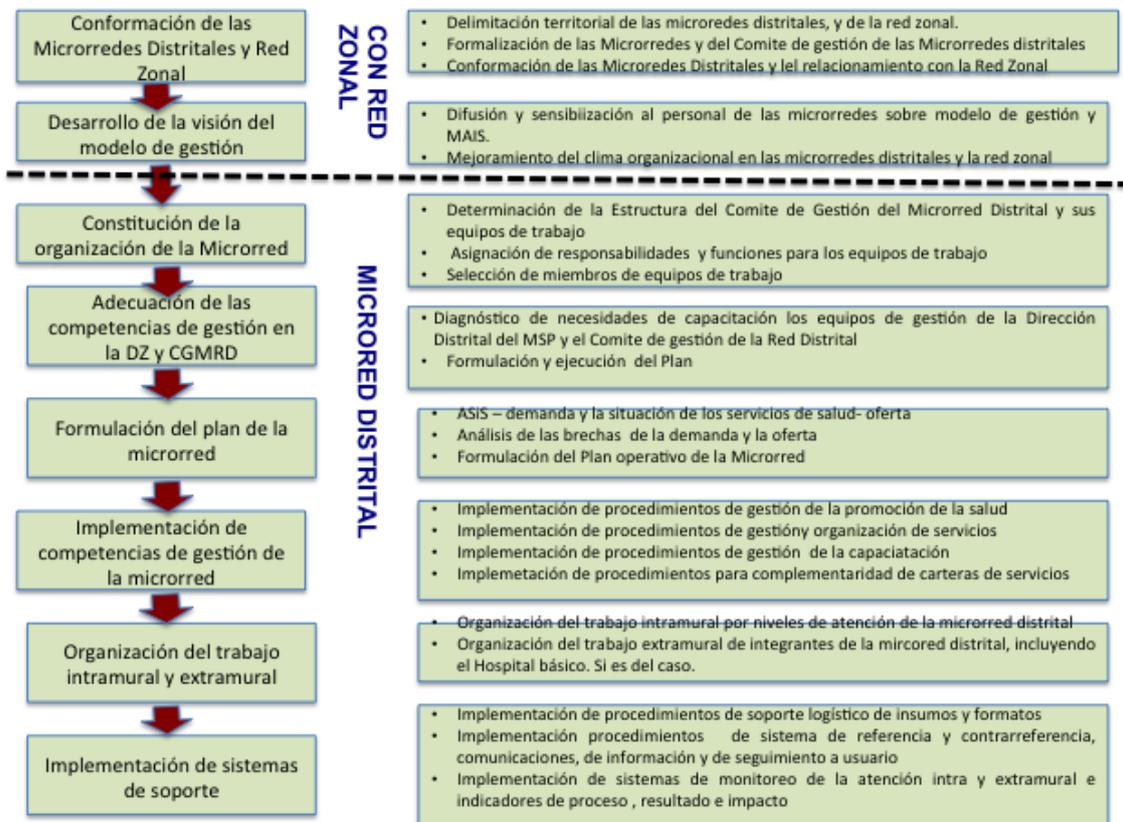


Elaboración: equipo de trabajo

Procesos y actividades de las Microrredes Distritales:

A continuación se describe en secuencia actividades que pudieran considerarse de acuerdo al contexto específico la Hoja de ruta de este proceso de construcción.

Procesos y actividades claves para la organización de la microrred



Elaboración: equipo de trabajo

Producto: Una Microrred con delimitación geográfica y poblacional por establecimiento de salud con flujos de accesibilidad en tiempos según transporte y cartera de servicios complementarias.

Proceso No 2 – Construcción de las Redes Zonales:

La construcción de las Redes Zonales para por un análisis de cada una las Microrredes Distritales y la relación con establecimientos de segundo y tercer nivel sean ambulatorios u hospitalarios.

Objetivo:

Formular la propuesta que adecua la continuidad de la atención desde las microrredes distritales hacia establecimientos ambulatorios y/o hospitalarios de segundo y tercer nivel sobre base de la información de accesibilidad obtenida y analizada y el contexto actualizado para mejorar el grado de acceso y continuidad de la población a los servicios de salud en su territorio y los requerimientos de fuera del territorio de la zona.

Es que la decisión de asignar a los establecimientos de salud de segundo y tercer nivel requiere ser flexible con relación a los otros criterios, principalmente el geopolítico, de accesibilidad y de disponibilidad del servicios. En esta etapa se requiere contar con toda la información previamente consolidada por el equipo tanto de accesibilidad como el inventario de establecimientos de primer, segundo y tercer nivel y sus carteras de servicios.

A continuación actividades que se sugieren para la construcción de las Redes Zonales

Procesos y actividades claves para la organización de la red zonal



Elaboración: equipo de trabajo



Ministerio de Salud Pública

Producto: Una red Zonal con delimitación geográfica y poblacional por establecimiento de salud con flujos de accesibilidad en tiempos según transporte, cartera de servicios complementarias y flujos de atención continua entre nivel de atención, flujos de referencia, derivación y contrarreferencia.

DOCUMENTO BORRADOR

ANEXO No 7 – EVALUACION DE LA RED

PROCEDIMIENTOS PARA PROCESAR DATOS PARA EVALUACION DE LA RED

Las técnicas y procedimientos para el procesamiento de los datos son:

Primero: se tomará en cuenta el nivel de integración que le otorga cada uno de los encuestados al atributo evaluado, asignando a cada respuesta un puntaje entre 0 y 2:

- Fragmentado: 0
- Parcialmente integrado: 1
- Integrado: 2

Segundo: se calculará el puntaje máximo a obtener para cada atributo de acuerdo al total de encuestados de forma colectiva (puntaje ideal) y se determinará el puntaje real que se obtuvo para cada atributo y cada componente.

Se obtendrá el porcentaje del total de respuestas para cada atributo y sus componentes de acuerdo al total de encuestados. Se considerará válida, para cada categoría (Sistema Fragmentado, Sistema Parcialmente Integrado,

Sistema Integrado), aquella respuesta que obtenga más del 50 % de los puntos posibles.

- Construcción del Índice de Integración de una Red de Servicios

Se calculará el Índice de Integración para cada atributo (**IA**); el índice de integración del atributo según sus componentes (**IC**) y el Índice General de Integración (**IGI**) de cada provincia evaluada.

$$\text{Para el cálculo del IA} = \frac{\text{Puntaje obtenido para cada atributo}}{\text{Puntaje máximo posible a obtener}} \quad (1)$$

Para el cálculo de **IC**:

Se calcula el Índice de Integración por componente (IPC)

$$\text{IPC} = \frac{\text{Puntaje obtenido en cada componente}}{\text{Puntaje máximo posible a obtener para cada componente}} \quad (2)$$

$$\text{IC} = \frac{\text{IPC}}{\text{Total de componentes del atributo}} \quad (3)$$

$$\text{Para el cálculo del IGI} = \frac{\text{Sumatoria del puntaje obtenido para cada atributo}}{13} \quad (4)$$

Se podrá calcular de este modo el IGI para cada red que se explore y el IGI global de un territorio dado.



Ministerio de Salud Pública

DOCUMENTO BORRADOR

ANEXO No 8 – CARTERA DE SERVICIOS

OBJETIVOS DE LA CARTERA DE SERVICIOS

- Conocer el aporte del establecimiento a la oferta de la red integrada de servicios de salud.
- Caracterizar el quehacer del establecimiento como oferente de la red integrada de servicios de salud.
- Mostrar los distintos servicios/productos específicos que el establecimiento produce a partir de su cadena de procesos de producción.
- Diferenciar los establecimientos uno de otro, a partir de la identificación de los servicios/productos que provee.
- Mostrar el nivel de complejidad y capacidad resolutoria que tiene el establecimiento

PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR LA CARTERA DE SERVICIOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Para elaborar la cartera de servicios de cada establecimiento y de las unidades de producción (procesos definidos con competencias), se debe:

1. Identificar los usuarios finales (individuo, familia, comunidad).
2. Identificar los procesos de producción y clasificarlos en procesos clínicos, quirúrgicos y de apoyo diagnóstico³.
3. Definir por cada proceso las líneas de producción.
4. Por cada línea de producción establecer los servicios/productos específicos que se producen.
5. Generar el listado de servicios/productos específicos ordenados por línea de producción y procesos clínicos y de apoyo clínico, y por unidad de producción de acuerdo a la formato establecido.

La propuesta de cartera de servicios debe cumplir ciertos requisitos:

- ✓ Debe responder a criterios de necesidades de salud de la población a cubrir y las normativas nacionales
- ✓ Debe ser válida. Formulada la cartera de servicios del establecimiento, se debe generar el espacio para ratificarla con los encargados de las Unidades de Producción o quien corresponda.
- ✓ Debe ser discutida con el responsable de la gestión de red previo a su formalización.
- ✓ Debe estar expresada y autorizada en una resolución emitida por el Coordinador Zonal de Salud
- ✓ Debe darse a conocer a por los usuarios del establecimiento y la red de salud nacional, zonal y distrital a la cual pertenece.
- ✓ Debe ser difundida. El establecimiento debe generar espacios de difusión de la respectiva cartera.
- ✓ Debe ser actualizada cada vez que se modifique.

La forma de presentar los servicios/productos de la cartera de servicios se debe adecuar a las características del usuario al que va dirigida.

La cartera de servicios del establecimiento se construye a partir de las líneas de producción (líneas de atención) de servicios finales (clínicos y quirúrgicos) y de servicios de apoyo clínico (intermedios), definidas, gestionados por cada uno de los Centros de Responsabilidad constituidos en el establecimiento.

³ El establecimiento de salud se concibe como un conjunto de Unidades de Producción Básica que administran la cadena de procesos que producen aquellos servicios requeridos para dar respuesta a la misión de este establecimiento y que son capaces de producir en función de su capacidad resolutoria instalada.



Ministerio de Salud Pública

Los procesos clínicos (clínicos y quirúrgicos) corresponden a las actividades que conforman los procesos que proveen los servicios finales de los procesos de producción del establecimiento y que representan la misión de éste. Los servicios finales del establecimiento son:

- ✓ Atención comunitaria - extramural
- ✓ Atención familiar- extramural
- ✓ Atención en Consulta Externa o intramurales
- ✓ Atención en Hospitalización:
 - Clínica
 - Quirúrgica
 - Cirugía del día
- ✓ Atención en Emergencia
- ✓ Atención de Rehabilitación
- ✓ Atención de Cuidados Paliativos

Estas actividades de los servicios finales tienen relación con el diagnóstico, indicaciones terapéuticas y la gestión de los cuidados.

Los procesos de apoyo clínico corresponden al conjunto de procedimientos que son parte del proceso productivo y que se requieren como insumos para la provisión de la atención de los servicios finales que se entregan a los usuarios del establecimiento, que en términos genéricos se clasifican en:

- ✓ Apoyo clínico diagnóstico:
 - Laboratorio Clínico
 - Imagenología
 - Medicina Transfusional
- ✓ Aplicación/Intervención terapéutica
 - Procedimientos médicos clínicos
 - Intervenciones Quirúrgicas
 - Atención a pacientes críticos
 - Otras como Unidades de rehabilitación , Quemados, Terapia de sustitución renal

CODIFICACION DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Para facilitar el proceso de procesamiento y análisis de la información se procede a codificar estas prestaciones que sigue la clasificación de procesos clínicos finales y de apoyo clínico intermedios.

La matriz se utiliza para la codificación final de la cartera de servicios es la siguiente:

COD	TIPO DE PRESTACION	COD	PROCESO DE ATENCION	COD	LINEA DE PRODUCCION
01 a 0...	COMUNITARIO FAMILIAR AMBULATORIO HOSPITALARIO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO FAMILIAR, AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	01.... 0...	PROMOCION	01	ACTIVIDADES --- ---

RESULTADO CARTERA DE SERVICIOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

La matriz final de la cartera de servicios es la siguiente:

CODIGO	CENTRO DE RESPONSABILIDAD O TIPO DE PRESTACION	USUARIO FINAL	PROCESO DE ATENCION	LINEA DE PRODUCCION	PRODUCTO/SERVICIOS

En esta plantilla puede incorporarse la existencia o creación de “unidades especiales” como cirugía cardiotorácica, trasplante renal, diálisis, etc. , que por su complejidad o ser característica distintiva de un establecimiento, misma que debe ser aprobada por las autoridades correspondientes.

La característica más importante de los procesos clínicos y de apoyo clínicos es que la realización de sus actividades se efectúan sobre el usuario/paciente, familia y comunidad, a dicho de otro modo requieren necesariamente de la participación de los mismos para la producción del servicio; lo que esta en correspondencia con el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)

BIBLIOGRAFIA

- ✓ División de Redes Asistenciales y División de Presupuesto e Inversiones. Subsecretaria de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud (2007). Modelo Base de Implantación de Centros de Responsabilidad. Versión 2.
- ✓ Codificación Cartera de Servicios. CGDE-MSP- 2012
- ✓ Mintzberg, H.; Quinn, J. El Proceso estratégico. Editorial Prentice Hall Hispanoamericana. México. 1998.
- ✓ Spadafora, Santiago Gerardo: Estructura organizacional de los servicios sanitarios. Buenos Aires, julio 2007



Ministerio de Salud Pública
ANEXO No 1

FORMATO PARA CARTERA DE SERVICIO AMBULATORIOS

CENTRO DE RESPONSABILIDAD	USUARIO FINAL	PROCESO	LINEA DE PRODUCCION	PRODUCTOS Y SERVICIOS ESPECIFICOS	
ACTIVIDADES ETRAMURALES COMUIDAD FAMILIA	COMUNIDAD, GRUPOS ESPECIFICOS	INTRVENCIONES/A CTIVIDADES	HABITOS/PRACTICAS SAUDABLES	Practicas saludables	
			ENTORNOS SALUDABLES	DISTRITOS SALUDABLES	
					COMUNIDAES SALUDABLES
	FAMILIA	VISITA FAMILIAR	VISITA FAMILIAR DE DETECCION DE RIESGOS CISUTA FAMILIAR A FAMILAIS CON RIESGOS Y/ O SEGUIMIENTO	Producto: Producto	
CONSULTA EXTERNA	..... ENTRE AÑOS DERIVADO DE 1er NIVEL DE ATENCION, U OTRO ESTABLECIMIENTO DE SALUD	ATENCION DE ESPECIALIDADES MÉDICAS	ATENCION DE SUBESPECIALIDADES	Producto: Consulta de Cirugía General
		ATENCION CON OTROS PROFESIONALES	Atención Psicológica clínica	Producto: Consulta Psicológica.	
EMERGENCIAS	.....ENTRE AÑOS DERIVADO DE PRIMER NIVEL, OTRO HOSPITAL O DE LA ATENCION PREHOSPITALARIA	ATENCION EN EMERGENCIA/URGENCIA	Atención de Emergencia Urgencia	Producto: Atención de Urgencia / Emergencia Traumatología
			Atención de Emergencia / Urgencia Cirugía General	Producto: Atención de Urgencia / Emergencia Cirugía General	
			Atención de Emergencia / Urgencia Dental	Producto: Atención de Urgencia / Urgencia Dental	
APOYO DIAGNOSTICO CLINICO	.....S DERIVADO DE CONSULTA EXTERNA DE PRIMER NIVEL, CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL, HOSPITALIZACION, EMERGENCIA	APOYO DIAGNOSTICO DE IMAGENOLOGIA	RADIOLOGIA SIMPLE	Rx DE SIMPLE AP Y LATERAL VARIAS REGIONES CUERPO
			RADIOLOGIA ESPECIALIZADA	COLANGIORAFIA INTRAOPERATORIA EN HOSP	
			ULTRASONOGRAFIA/ECO SONOGRAFIA	ECOGRAFIA ABDOMINAL	
			TOMOGRAFIA SIMPLE Y CONTRATADA	TOMOGRAFIA SIMPLE CUALQUIER PARTE DEL CUERPO /BILATERAL	
APOYO DIAGNOSTICO CLINICO	.....S DERIVADO DE CONSULTA EXTERNA DE PRIMER NIVEL, CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL, HOSPITALIZACION, EMERGENCIA	APOYO DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	BIOQUIMICA	DETERMINACIONES X, Y, Z, ETC
			HEMATOLOGIA	BIOMETRIA HEMATICA	
			INMUNOLOGIA	ANTIESTREPTOLISINA O	
			MICROBIOLOGIA	HEMOCULTIVO	
			CITOLOGIA	CITOLOGICO DE LCR	
			VIROLOGIA	IFI ADENOVIRUS	
	Apoyo Diagnóstico de Anatomía Patológica	AUTOPSIAS	NECROPSIA		
APOYO CLINICO - PROCEDIMIENTOS MEDICOS	..... ENTRE AÑOS DERIVADO DE CONSULTA EXTERNA DE PRIMER NIVEL, CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL,	Proceso Apoyo Diagnóstico y/o terapéuticos de Procedimientos Médicos.	Apoyo Diagnóstico de Procedimientos Médicos Ambulatorios de Cirugía	Curación
			Apoyo Diagnóstico de	Yesos	



CENTRO DE RESPONSABILIDAD	USUARIO FINAL	PROCESO	LINEA DE PRODUCCION	PRODUCTOS Y SERVICIOS ESPECIFICOS
	HOSPITALIZACION, EMERGENCIA		Procedimientos Médicos Ambulatorios de Traumatología	.....
			Apoyo Diagnóstico de Procedimientos Médicos de Gastroenterología	.....
			Procedimientos médicos de Neurofisiología	Electroencefalogramas
			Apoyo Diagnóstico de Procedimientos Médicos de Otorrinolaringología	Examen Audiometría
			Apoyo Diagnóstico Procedimientos Médicos de Neurología	Electroencefalograma estándar
			Apoyo Diagnóstico de Procedimientos Médicos de Oftalmología	.....
			CIRUGIA TRAUMATOLOGICA	CIRUGIA DE DE F.....
			CIRUGIA GENERAL	CIRUGIA De.....
			CIRUGIA OTORRINOLARINGOLOGICA	CIRUGIA de.....
			CIRUGIA OFTALMOLOGICA	CIRUGIA DE ESTRABISMO
			Anestesia y Reanimación	Producto: Anestesia General. Producto: Anestesia Epidural.
UNIDAD DE REHABILITACION	..... ENTRE AÑOS DERIVADO DE ATENCION DE HOSPITALIZACION, EMERGENCIA Y OTROS ESTABLECIMIENTOS SALUD	ATENCION A PACIENTES CON TRATAMIENTO DE REHABILITACION	ATENCION CON LESIONES, DISCAPIDADES O DEFICIENCIAS	Rehabilitación físico Rehabilitación
UNIDAD DE TRATAMIENTO DE SUSTITUCION RENAL	..... ENTRE... AÑOS DERIVADO DE ATENCION DE HOSPITALIZACION, CONSULTA NEFROLOGIA, Y OTROS ESTABLECIMIENTOS SALUD	ATENCION A PACIENTES QUE REQUIEREN TERAPIA DE SUSTITUCION RENAL	ATENCION A PACIENTES CON IRC	PACIENTE EN TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS

ELABORACIÓN: EQUIPO DE TRABAJO. 2013

Sólo deben llenarse las actividades que se realizan



Ministerio de Salud Pública

ANEXO No 2 FORMATO PARA CARTERA DE SERVICIO HOSPITALES

CENTRO DE RESPONSABILIDAD	USUARIO FINAL	PROCESO	LINEA DE PRODUCCION	PRODUCTOS Y SERVICIOS ESPECIFICOS
CONSULTA EXTERNA	..... ENTRE AÑOS DERIVADO DE 1er NIVEL DE ATENCION, U OTRO ESTABLECIMIENTO DE SALUD	ATENCION DE ESPECIALIDADES MÉDICAS	ATENCION DE SUBESPECIALIDADES	Producto: Consulta de Cirugía General
		ATENCION CON OTROS PROFESIONALES	Atención Psicológica clínica	Producto: Consulta Psicológica.
HOSPITALIZACION	..... ENTRE AÑOS DERIVADO DE CONSULTA EXTERNA U OTRO ESTABLECIMIENTO DE SALUD CON HOSPITALIZACION	ATENCION EN HOSPITALIZACION CLINICA	Atención Aislamiento	Producto: Egreso Aislamiento
	..... ENTRE AÑOS DERIVADO DE CONSULTA EXTERNA U DE OTRO ESTABLECIMIENTO DE SALUD CON HOSPITALIZACION		Atención Unidad .....General	Producto: Egreso Unidad
HOSPITALIZACION	..... ENTRE AÑOS DERIVADO DE CONSULTA EXTERNA U DE OTRO ESTABLECIMIENTO DE SALUD CON HOSPITALIZACION	ATENCION EN HOSPITALIZACION DE CIRUGIA Y TRAUMATOLOGIA	Atención Quirúrgica Cirugía General	Egreso de Cirugía General
			Atención Quirúrgica Cirugía	Producto: Egreso de Cirugía
ATENCIÓN INTEGRAL CARDIOLOGIA Y CIRUGIA CARDIO TORAXICA	..... ENTRE AÑOS DERIVADO DE CONSULTA EXTERNA U DE OTRO SERVICIO HOSPITALIZACION	ATENCION EN CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDADES MEDICAS	ATENCION DE SUBESPECIALIDAD CARDIOLOGICA FETAL	Producto: Consulta de
	IDEM	ATENCION EN CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDADES MEDICAS	ATENCION DE SUBESPECIALIDAD CARDIOLOGICA	Producto Consulta Externa de Cardiología
	IDEM	ATENCION DE APOYO DIAGNOSTICO TERPEUTICO CARDIOLOGICO	ATENCION DE APOYODE PROCEDIMIENTOS MEDICOS CARDIOLOGICOS	Producto: Examen Electrocardiograma. Producto: Examen
		ATENCION DE APOYO DIAGNOSTICO TERPEUTICO CARDIOLOGICO	APOYO DIAGNISTICO PARA PROCEDIMIENTOS MEDICOS	Producto: ExamenEstudio electrofisiológico Producto: Examen Sondeo cardiaco diagnóstico Producto: Examen Tilt Test Producto: Examen Ablación con radiofrecuencia Producto: Examen chequeo marcapasos
		ATENCION /INTERVENCION TERAPEUTICA QUIRURGICA	ATENCION DE CARDIOCIRUGIA	CORRECCION DEFECTOS CARDIOVASCULARES
		ATENCION DE PACIENTE CRITICO POSTQUIRURGICO O CLINICO	ATENCION PCTE CARDIOTORAXICO	Producto: Atención Paciente Critico en Cuidado Intensivo Cardiológico Producto: Atención Paciente Critico en Cuidado Intermedio Cardíaco.
EMERGENCIAS	.....ENTRE AÑOS DERIVADO DE PRIMER	ATENCION EN EMERGENCIA/URG	Atención de Emergencia / Urgencia	Producto: Atención de Urgencia / Emergencia Traumatología



CENTRO DE RESPONSABILIDAD	USUARIO FINAL	PROCESO	LINEA DE PRODUCCION	PRODUCTOS Y SERVICIOS ESPECIFICOS
	NIVEL, OTRO HOSPITAL O DE LA ATENCION PREHOSPITALARIA	ENCIA	Atención de Emergencia / Urgencia Cirugía General	Producto: Atención de Urgencia / Emergencia Cirugía General
			Atención de Emergencia / Urgencia Dental	Producto: Atención de Urgencia / Urgencia Dental
APOYO DIAGNOSTICO CLINICO	.....S DERIVADO DE CONSULTA EXTERNA DE PRIMER NIVEL, CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL, HOSPITALIZACION, EMERGENCIA	APOYO DIAGNOSTICO DE IMAGENOLOGIA	RADIOLOGIA SIMPLE	Rx DE SIMPLE AP Y LATERAL VARIAS REGIONES CUERPO
			RADIOLOGIA ESPECIALIZADA	COLANGIORAFIA INTRAOPERATORIA EN HOSP
			ULTRASONOGRAFIA/ECO SONOGRAFIA	ECOGRAFIA ABDOMINAL
			TOMOGRAFIA SIMPLE Y CONTRATADA	TOMOGRAFIA SIMPLE CUALQUIER PARTE DEL CUERPO /BILATERAL
APOYO DIAGNOSTICO CLINICO	.....S DERIVADO DE CONSULTA EXTERNA DE PRIMER NIVEL, CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL, HOSPITALIZACION, EMERGENCIA	APOYO DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	BIOQUIMICA	DETERMINACIONES X, Y, Z , ETC
			HEMATOLOGIA	BIOMETRIA HEMATICA
			INMUNOLOGIA	ANTIESTREPTOLISINA O
			MICROBIOLOGIA	HEMOCULTIVO
			CITOLOGIA	CITOLOGICO DE LCR
			VIROLOGIA	IFI ADENOVIRUS
		Apoyo Diagnóstico de Anatomía Patológica.	CITODIAGNOSTICO	CITODIAGNOSTICO CORRIENTE
			AUTOPSIAS	NECROPSIA
		Apoyo Diagnóstico y Terapéutico de Medicina Transfusional	MEDICINA TRANSFUSIONAL	GRUPO RH TRANSFUSION DE..... FÉRESIS
APOYO CLINICO - PROCEDIMIENTOS MEDICOS	..... ENTRE AÑOS DERIVADO DE CONSULTA EXTERNA DE PRIMER NIVEL, CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL, HOSPITALIZACION, EMERGENCIA	Proceso Apoyo Diagnóstico y/o terapéuticos de Procedimientos Médicos.	Apoyo Diagnóstico de Procedimientos Médicos Cirugía	Curación de quemados
			Apoyo Diagnóstico de Procedimientos Médicos de Traumatología infantil	Yesos
			Apoyo Diagnóstico de Procedimientos Médicos de Neumología	Estudio funcional respiratorio
			Apoyo Diagnóstico de Procedimientos Médicos de Gastroenterología	Yeyunoileoscopia
			Apoyo Diagnóstico de Procedimientos Médicos de Dermatología	Extirpacion de granulomas



Ministerio de Salud Pública

CENTRO DE RESPONSABILIDAD	USUARIO FINAL	PROCESO	LINEA DE PRODUCCION	PRODUCTOS Y SERVICIOS ESPECIFICOS
			Procedimientos médicos de Neurofisiología	Electroencefalogramas
			Apoyo Diagnóstico de Procedimientos Médicos de Nefro-urología	Biopsia Renal
			Apoyo Diagnóstico de Procedimientos Médicos de Endocrinología y genética	Administración IM de Análogos de la LH-RH
			Apoyo Diagnóstico de Procedimientos Médicos de Otorrinolaringología	Examen Audiometría
			Apoyo Diagnóstico de Procedimientos Médicos de Hemato-oncología...	Punción Articular, medular
			Apoyo Diagnóstico de Procedimientos Médicos de Neurología	Electroencefalograma estándar
			Apoyo Diagnóstico de Procedimientos Médicos de Oftalmología	Test de Teller
			CIRUGIA TRAUMATOLOGICA	CIRUGIA DE DE FRACTURAS
			CIRUGIA UROLOGICA	CIRUGIA UROLOGICA DE LAS MALFORMACIONES
			CIRUGIA PLASTICA Y REPARATIVA	CIRUGIA FISURADOS
			NEUROCIRUGIA	CIRUGIA DE LAS MALFORMACIONES CRANEOENCEFALICAS
			CIRUGIA GENERAL	CIRUGIA DE LAS MALFORMACIONES RECIEN NACIDO
			CIRUGIA OTORRINOLARINGOLOGICA	CIRUGIA ADENOIDES
			CIRUGIA OFTALMOLOGICA	CIRUGIA DE ESTRABISMO
			Anestesia y Reanimación	Producto: Anestesia General. Producto: Anestesia Epidural.
UNIDADES DE PACIENTES CRITICOS	..... ENTRE AÑOS DERIVADO DE ATENCION HOSPITALARIA, EMERGENCIA Y OTROS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	ATENCION A PACIENTE CRITICO	ATENCION PACIENTE CRITICO	Producto: Atención Paciente Crítico .....o en Cuidado Intensivo Producto: Atención Paciente Crítico en Cuidado Intermedio Producto: Atención Paciente Crítico en Cuidado Mínimo
UNIDAD DE REHABILITACION	..... ENTRE AÑOS DERIVADO DE ATENCION DE HOSPITALIZACION, EMERGENCIA Y OTROS ESTABLECIMIENTOS SALUD	ATENCION A PACIENTES CON TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN	ATENCIÓN CON LESIONES, DISCAPIDADES O DEFICIENCIAS	Rehabilitación físico Rehabilitación
UNIDAD DE TRATAMIENTO DE SUSTTUCION RENAL	..... ENTRE.... AÑOS DERIVADO DE ATENCION DE HOSPITALIZACION, CONSULTA NEFROLOGIA, Y OTROS ESTABLECIMIENTOS	ATENCION A PACIENTES QUE REQUIEREN TERAPIA DE SUSTTITUCION RENAL	ATENCION A PACIENTES CON IRC	PACIENTE EN TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS



CENTRO DE RESPONSABILIDAD	USUARIO FINAL	PROCESO	LINEA DE PRODUCCION	PRODUCTOS Y SERVICIOS ESPECIFICOS
	SALUD			
UNIDAD DE QUEMADOS	..... ENTRE AÑOS DERIVADO DE ATENCION DE HOSPITALIZACION, CONSULTA DE NEFROLOGIA, Y OTROS ESTABLECIMIENTOS SALUD	ATENCIONA PACIENTES QUEMADOS	ATENCION A PACIENTES QUEMADOS	EGRESO PACIENTE DE UNIDAD DE QUEMADOS

ELABORACIÓN: EQUIPO DE TRABAJO. 2013

Sólo debe llenarse lo que ofertan.

DOCUMENTO BORRADOR



Ministerio de Salud Pública

**ANEXO No 3
CODIFICACION CARTERA DE SERVICIOS**

CO D	TIPO DE PRESTACION	CO D	PROCESO	C O D	LINEA DE PRODUCCION	C O D	SERVICIO/PRODUCT O
01	COMUNITARIO	01	COLECTIVAS DE PROMOCION	01	ACTIVIDADES EDUCOMUNICACIONEALES		talleres, charlas, socio dramas, trípticos, cuñas, ferias, campañas sobre temas prioritarios como alimentos, de SSR, campaña de no violencia, campaña de derechos infantiles, Cuidados paliativos , etc.
01	COMUNITARIO	01	COLECTIVAS DE PROMOCION	02	Actividades con de planificación local con participación comunitaria (ASIS y sus herramientas)		sala situacional, vigilancia comunitaria, mapeo de actores, etc.
01	COMUNITARIO	01	COLECTIVAS DE PROMOCION	03	Actividades con de planificación estratégica distrital con participación comunitaria		sala situacional, vigilancia comunitaria, mapeo de actores, etc.
01	COMUNITARIO	01	COLECTIVAS DE PROMOCION	04	Actividades específicas en entorno laborales, escolares, espacios públicos y comunitarios		
01	COMUNITARIO	01	COLECTIVAS PROMOCION	05	Actividades de vigilancia comunitaria		captación embarazadas, discapacitados, crónicos, etc.
01	COMUNITARIO	01	COLECTIVAS PROMOCION	06	Actividades intersectoriales a favor de la salud		
01	COMUNITARIO	02	COLECTIVAS DE PREVENCIÓN	01	Atención extramural/comunitaria/brigadas/instituciones/campañas		Atención extramural, atención en instituciones, brigadas médicas, campañas (vacunación, caninas, etc.), etc.
01	COMUNITARIO	02	COLECTIVAS DE PREVENCIÓN	02	Visitas de inspección (permiso de funcionamiento u otros)		Diferentes locales
01	COMUNITARIO	02	COLECTIVAS DE PROMOCIÓN	03	Formación de GRUPOS DE AUTOAYUDA		Club de diabéticos, de hipertensos, etc.
01	COMUNITARIO	02	COLECTIVAS DE PREVENCIÓN	04	Actividades para el control de plagas y vectores		Fumigación, desratización, etc
02	FAMILIAR	01	VISITA DOMICILIARIA	01	EVALUACION INICIAL/DETECCION RIESGO/CONSEJERIA	01 ... 99 9	Levantamiento de ficha familiar
02	FAMILIAR	01	VISITA DOMICILIARIA	02	SEGUIMIENTO DE RIESGO	01 ... 99	riesgo biológico, riesgo social..., diálisis peritoneal



CO D	TIPO DE PRESTACION	CO D	PROCESO	C O D	LINEA DE PRODUCCION	C O D	SERVICIO/PRODUCT O
						9	
02	FAMILIAR	01	VISITA DOMICILIARIA	03	ATENCION DOMICILIARIA A ENFERMEDAD		Atención a paciente hipertenso, embarazo de alto riesgo, etc.
02	FAMILIAR	01	VISITA DOMICILIARIA	04	ENTRENAMIENTO/SE GUIMIENTO REHABILITACION DOMICILIARIA		entrenamiento cambios posturales, entrenamiento tapotaje, etc.
02	FAMILIAR	01	VISITA DOMICILIARIA	05	CUIDADOS PALIATIVOS CONSEJERIA FAMILIAR		Consejería duelo familiar, consejería familiares, etc.
02	FAMILIAR	01	VISITA DOMICILIARIA	06	CUIDADOS PALIATIVOS EVALUACION SEGUIMIENTO/ ATENC ION INTEGRAL		
02	FAMILIAR	01	VISITA DOMICILIARIA	07	CUIDADOS PALIATIVOS CAPACITACION		Capacitación administración de medicación, manejo de bombas, etc.
03	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	01	CURATIVA	01	GINECOLOGIA
03	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	01	CURATIVA	02	PEDIATRIA
03	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	01	CURATIVA	03	MEDICINA INTERNA
03	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	01	CURATIVA	04	CIRUGIA
03	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	02	PREVENTIVA	01 02	Medicina General Medicina Familiar
03.	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	02	CURATIVA ESPECIALISTA	01	Medicina Interna
03.	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	02	CURATIVA ESPECIALISTA	02	Cirugía General
03.	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	02	CURATIVA ESPECIALISTA	03	Ginecología/Obstetricia
03.	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	02	CURATIVA ESPECIALISTA	04	Otorrinolaringología
03.	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	02	CURATIVA ESPECIALISTA	05	Oftalmología
03.	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	02	CURATIVA ESPECIALISTA	06	Traumatología y Ortopedia
03.	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	02	CURATIVA ESPECIALISTA	07	Dermatología
03.	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	02	CURATIVA SUBESPECIALISTA	01	Cardiología
03.	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	02	CURATIVA SUBESPECIALISTA	02	Neurología
03.	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	02	CURATIVA SUBESPECIALISTA	03	Gastroenterología
03.	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	02	CURATIVA SUBESPECIALISTA	04	Reumatología



Ministerio de Salud Pública

CO D	TIPO DE PRESTACION	CO D	PROCESO	C O D	LINEA DE PRODUCCION	C O D	SERVICIO/PRODUCT O
03.	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	02	CURATIVA SUBESPECIALISTA	05	Nefrología
03.	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	02	CURATIVA SUBESPECIALISTA	06	Neumología
03.	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	02	CURATIVA SUBESPECIALISTA	07	Endocrinología
03.	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	02	CURATIVA SUBESPECIALISTA	08	Hematología
03.	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	02	CURATIVA SUBESPECIALISTA	09	Infecto logia
03.	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	02	CURATIVA SUBESPECIALISTA	10	Proctología
03.	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	02	CURATIVA SUBESPECIALISTA	11	Cirugía Vascular
03.	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	02	CURATIVA SUBESPECIALISTA	12	Cirugía Plástica
03.	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	02	CURATIVA SUBESPECIALISTA	13	Oncología
03.	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	02	CURATIVA SUBESPECIALISTA	14	Neurocirugía
03.	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	02	CURATIVA SUBESPECIALISTA	15	Psiquiatría
03.	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	02	CURATIVA SUBESPECIALISTA	16	Urología
03	AMBULATORIO	02	PROCEDIMIEN TOS	03	CURACIONES Y CIRUGÍA MENOR	01 ... 99	retiro de puntos, perforación de orejas, suturas, curaciones, extracción de uñero, extracción de lipoma, etc.
03	AMBULATORIO	03	HOSPITAL DEL DIA	04	PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS CLINICOS	01 ... 99	Quimioterapia, parto
03	AMBULATORIO	03	HOSPITAL DEL DIA	05	PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS QUIRURGICOS	01 ... 99	Parto complicado, legrado, etc.
03	AMBULATORIO	04	REHABILITACI ÓN	01	REHABILITACION		Hidroterapia, fisioterapia, neurorehabilitación, terapia ocupacional
03.	AMBULATORIO	05	REHABILITACI ÓN	01	SERVICIO DE REHABILITACIÓN		Detallar los servicios de rehabilitación
03.	AMBULATORIO	06	REHABILITACI ÓN	02	SERVICIO DE HABILITACIÓN		PROTESIS , ETC
04	EMERGENCIA/ URGENCIA	01	EMERGENCIA/ URGENCIA	01	EMERGENCIA/URGEN CIA	01	Consulta de emergencia
05	HOSPITALARIO	02	HOSPITALIZACI ÓN CLÍNICA	01	ESPECIALIDAD	01 ... 99 9	Medicina interna, Medicina Familiar, Ginecología,
05	HOSPITALARIO	02	HOSPITALIZACI ÓN CLÍNICA	02	SUBESPECIALIDAD	01 ... 99 9	Mismo detalle de subespecialidades
05	HOSPITALARIO	03	HOSPITALIZACI ÓN QUIRÚRGICA	01	ESPECIALIDAD	01 ... 99	Traumatología, cirugía general,



CO D	TIPO DE PRESTACION	CO D	PROCESO	C O D	LINEA DE PRODUCCION	C O D	SERVICIO/PRODUCT O
						9	
05	HOSPITALARIO	03	HOSPITALIZACION QUIRÚRGICA	02	SUBESPECIALIDAD	01 ... 99 9	Cirugía Plástica, vascular, neurocirugía, etc.
06	FAMILIAR, AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	06	CUIDADOS PALIATIVOS	01	CONTROL DE SINTOMAS		Control de síntomas físicos y atención de los problemas emocionales, sociales, y espirituales del paciente y su familia/cuidadores, uso de vía subcutánea
06	FAMILIAR, AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	06	CUIDADOS PALIATIVOS	02	ACOMPANAMIENTO Y EDUCACIÓN A LA FAMILIA		Escuchativa, catarsis familiar y enseñarle a atenderle al paciente con enfermedad en fase terminal
07.	AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	03	APOYO DIAGNOSTICO	01	IMAGENLOGIA Y RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	01 ... 99	, Rx con y sin contraste, endoscopias, tomografía, resonancia, ecografía, medicina nuclear
07.	AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	04	APOYO DIAGNOSTICO	02	IMAGENLOGIA Y RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA		Imágenes para ayudar a guiar al médico al introducir catéteres (sondas), alambres y otros instrumentos y herramientas pequeñas en su cuerpo.
07.	AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	03	APOYO DIAGNOSTICO	03	IMAGEN FUNCIONALES	01 ... 99	EKG, EEG, espirometría, potenciales evocados, neurofisiología, audiometría, etc.
07.	AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	03	APOYO DIAGNOSTICO	04	LABORATORIO BIOQUIMICA	01 ... 99	Glucosa, urea, creatinina
07.	AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	03	APOYO DIAGNOSTICO	05	LABORATORIO HEMATOLOGIA	01 ... 99	Biometría, hematocrito
07.	AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	03	APOYO DIAGNOSTICO	06	LABORATORIO INMUNOLOGIA	01 ... 99	VIH, hepatitis B,
07.	AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	06	APOYO DIAGNOSTICO	07	LABORATORIO INMUNOLOGIA	01 ... 99	
05	AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	06	APOYO DIAGNOSTICO	04	LABORATORIO CITOLOGIA	01 ... 99	
06	AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	06	APOYO DIAGNOSTICO	05	LABORATORIO VIROLOGIA	01 ... 99	
07	AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	06	APOYO DIAGNOSTICO	06	LABORATORIO ANATOMIA PATOLOGICA	01 ... 99	



Ministerio de Salud Pública

CO D	TIPO DE PRESTACION	CO D	PROCESO	CO D	LINEA DE PRODUCCION	CO D	SERVICIO/PRODUCTO
07	AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	06	APOYO DIAGNOSTICO	06	MEDICINA TRANSFUCIONAL	01 ... 99	
08.	HOSPITALARIO		INTERVENCION TERAPEUTICA		o Procedimientos médicos clínicos		
08.	HOSPITALARIO		INTERVENCION TERAPEUTICA		o Intervenciones Quirúrgicas		
08.	HOSPITALARIO	04	INTERVENCION TERAPEUTICA	01	ATENCION INTENSIVA INTERMEDIA A PACIENTES CRITICOS		ADULTOS, NIÑOS Y NEONATAL
08.	HOSPITALARIO	04	INTERVENCION TERAPEUTICA	02	ATENCION INTENSIVA A PACIENTES CRITICOS		ADULTOS, NIÑOS Y NEONATAL
05	AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	07	INTERVENCION TERAPEUTICA	01	TRANSPLANTES		Detallar actividades ESPECIFICAS del servicio de transplantes
06	AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	06	INTERVENCION TERAPEUTICA		QUEMADOS		
07	AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	07	INTERVENCION TERAPEUTICA		TERAPIAS DE SUSTITUCION RENAL (NO TRASPLANTE RENAL)		
06	ATENCION PREHOSPITALARIA	01	TRANSPORTE PRIMARIO Y ESTABILIZACION		TRANSPORTE DE VICTIMA		X TRIAJE Y COMPLEJIDAD DE TRANSPORTR

CO D	TIPO DE PRESTACION	CO D	PROCESO	CO D	LINEA DE PRODUCCION	CO D	SERVICIO/PRODUCTO
01	COMUNITARIO	01	COLECTIVAS DE PROMOCION	01	ACTIVIDADES EDUCMUNICAICONEALES		talleres, charlas, socio dramas, trípticos, cuñas, ferias, campañas sobre temas prioritarios como alimentos, de SSR, campaña de no violencia, campaña de derechos infantiles, Cuidados paliativos , etc.
01	COMUNITARIO	01	COLECTIVAS DE PROMOCION	02	Actividades con de planificación local con participación comunitaria (ASIS y sus herramientas)		sala situacional, vigilancia comunitaria, mapeo de actores, etc
01	COMUNITARIO	01	COLECTIVAS DE PROMOCION	03	Actividades con de planificación estratégica distrital con participación comunitaria		sala situacional, vigilancia comunitaria, mapeo de actores, etc
01	COMUNITARIO	01	COLECTIVAS DE PROMOCION	04	Actividades específicas en entorno laborales, escolares, espacios públicos y comunitarios		
01	COMUNITARIO	01	COLECTIVAS DE PROMOCION	05	Actividades de vigilancia comunitaria		captación embarazadas, discapacitados, crónicos, etc.



CO D	TIPO DE PRESTACION	CO D	PROCESO	C O D	LINEA DE PRODUCCION	CO D	SERVICIO/PRODUCTO
01	COMUNITARIO	01	COLECTIVAS PROMOCION	06	Actividades intersectoriales a favor de la salud		
01	COMUNITARIO	02	COLECTIVAS DE PREVENCIÓN	01	Atención extramural/ comunitaria/ brigadas/instituciones/ca mpañas		Atención extramural, atención en instituciones, brigadas médicas, campañas (vacunación, caninas, etc.), etc.
01	COMUNITARIO	02	COLECTIVAS DE PREVENCIÓN	02	Visitas de inspección (permiso de funcionamiento u otros)		Diferentes locales
01	COMUNITARIO	02	COLECTIVAS DE PROMOCIÓN	03	Formación de GRUPOS DE AUTOAYUDA		Club de diabéticos, de hipertensos, etc.
01	COMUNITARIO	02	COLECTIVAS DE PREVENCIÓN	04	Actividades para el control de plagas y vectores		Fumigación, desratización, etc
02	FAMILIAR	01	VISITA DOMICILIARIA	01	EVALUACION INICIAL/DETECCION RIESGO/CONSEJERIA	01... 999	Levantamiento de ficha familiar
02	FAMILIAR	01	VISITA DOMICILIARIA	02	SEGUIMIENTO DE RIESGO	01... 999	riesgo biológico, riesgo social..., diálisis peritoneal
02	FAMILIAR	01	VISITA DOMICILIARIA	03	ATENCION DOMICILIARIA A ENFERMEDAD		Atención a paciente hipertenso, embarazo de alto riesgo, etc.
02	FAMILIAR	01	VISITA DOMICILIARIA	04	ENTRENAMIENTO/S EGUIMIENTO REHABILITACION DOMICILIARIA		entrenamiento cambios posturales, entrenamiento tapotaje, etc.
02	FAMILIAR	01	VISITA DOMICILIARIA	05	CUIDADOS PALIATIVOS CONSEJERIA FAMILIAR		Consejería duelo familiar, consejería familiares, etc.
02	FAMILIAR	01	VISITA DOMICILIARIA	06	CUIDADOS PALIATIVOS EVALUACION SEGUIMIENTO/ATE NCION INTEGRAL		
02	FAMILIAR	01	VISITA DOMICILIARIA	07	CUIDADOS PALIATIVOS CAPACITACION		Capacitación administración de medicación, manejo de bombas, etc.
03	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	01	CURATIVA	01	GINECOLOGIA
03	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	01	CURATIVA	02	PEDIATRIA
03	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	01	CURATIVA	03	MEDICINA INTERNA
03	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	01	CURATIVA	04	CIRUGIA
03	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	02	PREVENTIVA	01 02	Medicina General Medicina Familiar
03.	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	02	CURATIVA ESPECIALISTA	01	Medicina Interna



Ministerio de Salud Pública

CO D	TIPO DE PRESTACION	CO D	PROCESO	C O D	LINEA DE PRODUCCION	CO D	SERVICIO/PRODUCTO
03.	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	02	CURATIVA ESPECIALISTA	02	Cirugía General
03.	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	02	CURATIVA ESPECIALISTA	03	Ginecología/Obstetricia
03.	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	02	CURATIVA ESPECIALISTA	04	Otorrinolaringología
03.	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	02	CURATIVA ESPECIALISTA	05	Oftalmología
03.	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	02	CURATIVA ESPECIALISTA	06	Traumatología y Ortopedia
03.	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	02	CURATIVA ESPECIALISTA	07	Dermatología
03.	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	02	CURATIVA SUBESPECIALISTA	01	Cardiología
03.	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	02	CURATIVA SUBESPECIALISTA	02	Neurología
03.	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	02	CURATIVA SUBESPECIALISTA	03	Gastroenterología
03.	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	02	CURATIVA SUBESPECIALISTA	04	Reumatología
03.	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	02	CURATIVA SUBESPECIALISTA	05	Nefrología
03.	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	02	CURATIVA SUBESPECIALISTA	06	Neumología
03.	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	02	CURATIVA SUBESPECIALISTA	07	Endocrinología
03.	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	02	CURATIVA SUBESPECIALISTA	08	Hematología
03.	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	02	CURATIVA SUBESPECIALISTA	09	Infecto logía
03.	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	02	CURATIVA SUBESPECIALISTA	10	Proctología
03.	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	02	CURATIVA SUBESPECIALISTA	11	Cirugía Vascular
03.	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	02	CURATIVA SUBESPECIALISTA	12	Cirugía Plástica
03.	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	02	CURATIVA SUBESPECIALISTA	13	Oncología
03.	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	02	CURATIVA SUBESPECIALISTA	14	Neurocirugía
03.	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	02	CURATIVA SUBESPECIALISTA	15	Psiquiatría
03.	AMBULATORIO	01	CONSULTA EXTERNA	02	CURATIVA SUBESPECIALISTA	16	Urología
03	AMBULATORIO	02	PROCEDIMIE N TOS	03	CURACIONES Y CIRUGÍA MENOR	01... 99	retiro de puntos, perforación de orejas, suturas, curaciones, extracción de uñero, extracción de lipoma, etc.
03	AMBULATORIO	03	HOSPITAL DEL DIA	04	PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS CLINICOS	01... 99	Quimioterapia, parto



CO D	TIPO DE PRESTACION	CO D	PROCESO	C O D	LINEA DE PRODUCCION	CO D	SERVICIO/PRODUCTO
03	AMBULATORIO	03	HOSPITAL DEL DIA	05	PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS QUIRURGICOS	01... 99	Parto complicado, legrado, etc.
03	AMBULATORIO	04	REHABILITACI ÓN	01	REHABILITACION		Hidroterapia, fisioterapia, neurorehabilitación, terapia ocupacional
03.	AMBULATORIO	05	REHABILITACI ÓN	01	SERVICIO DE REHABILITACIÓN		Detallar los servicios de rehabilitación
03.	AMBULATORIO	06	REHABILITACI ÓN	02	SERVICIO DE HABILITACIÓN		PROTESIS , ETC
04	EMERGENCIA/ URGENCIA	01	EMERGENCIA/ URGENCIA	01	EMERGENCIA/URGE NCIA	01	Consulta de emergencia
05	HOSPITALARIO	02	HOSPITALIZACI ÓN CLÍNICA	01	ESPECIALIDAD	01... 999	Medicina interna, Medicina Familiar, Ginecología,
05	HOSPITALARIO	02	HOSPITALIZACI ÓN CLÍNICA	02	SUBESPECIALIDAD	01... 999	Mismo detalle de subespecialidades
05	HOSPITALARIO	03	HOSPITALIZACI ÓN QUIRÚRGICA	01	ESPECIALIDAD	01... 999	Traumatología, cirugía general,
05	HOSPITALARIO	03	HOSPITALIZACI ÓN QUIRÚRGICA	02	SUBESPECIALIDAD	01... 999	Cirugía Plástica, vascular, neurocirugía, etc.
06	FAMILIAR, AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	06	CUIDADOS PALIATIVOS	01	CONTROL DE SINTOMAS		Control de síntomas físicos y atención de los problemas emocionales, sociales, y espirituales del paciente y su familia/cuidadores, uso de vía subcutánea
06	FAMILIAR, AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	06	CUIDADOS PALIATIVOS	02	ACOMPANAMIENTO Y EDUCACIÓN A LA FAMILIA		Escuchativa, catarsis familiar y enseñarle a atenderle al paciente con enfermedad en fase terminal
07.	AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	03	APOYO DIAGNOSTICO	01	IMAGENLOGIA Y RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	01... 99	, Rx con y sin contraste, endoscopias, tomografía, resonancia, ecografía, medicina nuclear
07.	AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	04	APOYO DIAGNOSTICO	02	IMAGENLOGIA Y RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA		Imágenes para ayudar a guiar al médico al introducir catéteres (sondas), alambres y otros instrumentos y herramientas pequeñas en su cuerpo.
07.	AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	03	APOYO DIAGNOSTICO	03	IMAGEN FUNCIONALES	01... 99	EKG, EEG, espirometría, potenciales evocados, neurofisiología, audiometría, etc.
07.	AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	03	APOYO DIAGNOSTICO	04	LABORATORIO BIOQUIMICA	01... 99	Glucosa, urea, creatinina
07.	AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	03	APOYO DIAGNOSTICO	05	LABORATORIO HEMATOLOGIA	01... 99	Biometría, hematocrito



Ministerio de Salud Pública

CO D	TIPO DE PRESTACION	CO D	PROCESO	C O D	LINEA DE PRODUCCION	CO D	SERVICIO/PRODUCTO
07.	AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	03	APOYO DIAGNOSTICO	06	LABORATORIO INMUNOLOGIA	01... 99	VIH, hepatitis B,
07.	AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	06	APOYO DIAGNOSTICO	07	LABORATORIO INMUNOLOGIA	01... 99	
05	AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	06	APOYO DIAGNOSTICO	04	LABORATORIO CITOLOGIA	01... 99	
06	AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	06	APOYO DIAGNOSTICO	05	LABORATORIO VIROLOGIA	01... 99	
07	AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	06	APOYO DIAGNOSTICO	06	LABORATORIO ANATOMIA PATOLOGICA	01... 99	
07	AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	06	APOYO DIAGNOSTICO	06	MEDICINA TRANSFUCIONAL	01... 99	
08.	HOSPITALARIO		INTERVENCIO N TERAPEUTICA		o Procedimientos médicos clínicos		
08.	HOSPITALARIO		INTERVENCIO N TERAPEUTICA		o Intervenciones Quirúrgicas		
08.	HOSPITALARIO	04	INTERVENCIO N TERAPEUTICA	01	ATENCION INTENSIVA INTERMEDIA A PACIENTES CRITICOS		ADULTOS, NIÑOS Y NEONATAL
08.	HOSPITALARIO	04	INTERVENCIO N TERAPEUTICA	02	ATENCION INTENSIVA A PACIENTES CRITICOS		ADULTOS, NIÑOS Y NEONATAL
05	AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	07	INTERVENCIO N TERAPEUTICA	01	TRANSPLANTES		Detallar actividades ESPECIFICAS del servicio de transplantes
06	AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	06	INTERVENCIO N TERAPEUTICA		QUEMADOS		
07	AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	07	INTERVENCIO N TERAPEUTICA		TERAPIAS DE SUSTITUCION RENAL (NO TRASPLANTE RENAL)		
06	ATENCION PREHOSPITALARI A	01	TRANSPORTE PRIMARIO Y ESTABILIZACIÓ N		TRANSPORTE DE VICTIMA		X TRIAJE Y COMPLEJIDAD DE TRANSPORTE

Anexo No 9 - Procedimientos para los Servicios de Emergencia/Urgencia y estructuración de la Red

Uno de los elementos centrales para organizar el servicio de emergencia y para el trabajo en red, uno de los ejes es la implementación del triaje en estos servicios y la consecuente completamiento de recursos según sus exigencias.

Objetivos para la aplicación del Sistema de Triage:

General:

- Mejorar la atención de los pacientes y disminuir el tiempo de espera para su atención y secundariamente disminuir la saturación de los servicios de Urgencias.

Específicos:

- Categorizar la atención del paciente en una urgencia/emergencia calificada.
- Identificar los factores de riesgo para categorizar la urgencia calificada.
- Priorizar al paciente para asignar el área correspondiente del servicio de emergencia hospitalario para su atención: box/ sala de reanimación, box/ sala de observación o primer contacto (consultorios), etc.

El proceso de asignación de la prioridad cuenta con las siguientes acciones que no deben consumir más de 5 minutos.

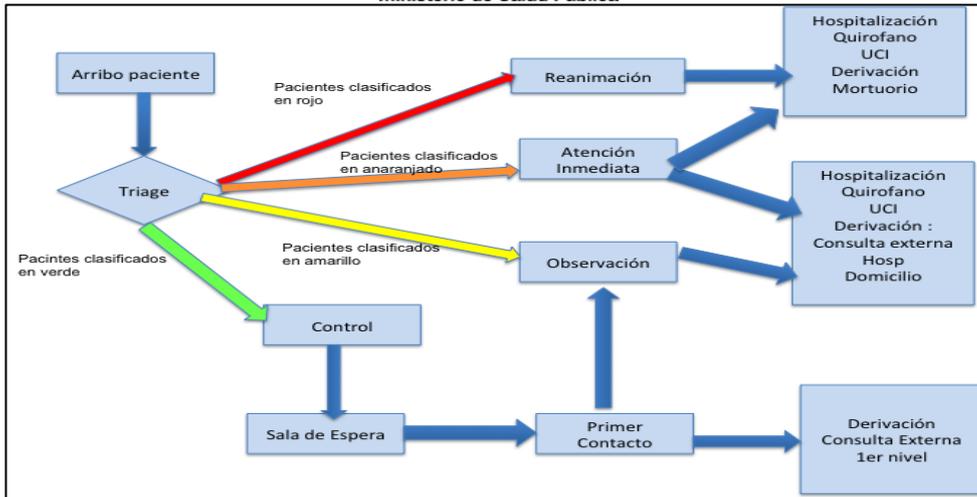
- ✓ Primero: Realizar evaluación rápida de vía aérea, ventilación y circulación.
- ✓ Segundo: Motivo de la urgencia. Debe ser una anamnesis dirigida, específica que identifique de manera oportuna e inmediata la causa principal de solicitud de consulta. Conforme a lo referido por el paciente y los hallazgos clínicos en el primer contacto se asigna la prioridad del paciente.
- ✓ Tercero: Evaluar los signos vitales del paciente.
- ✓ Cuarto: Asignación del área/box/sala de tratamiento dentro del servicio de urgencias de acuerdo a la prioridad del paciente.

A continuación el algoritmo de atención según Triage.

ALGORITMO DE TRABAJO EN EL TRIAGE



Ministerio de Salud Pública



Fuente: Algoritmo Hospital Eugenio Espejo 2013

Adaptado: Equipo de trabajo. 2013

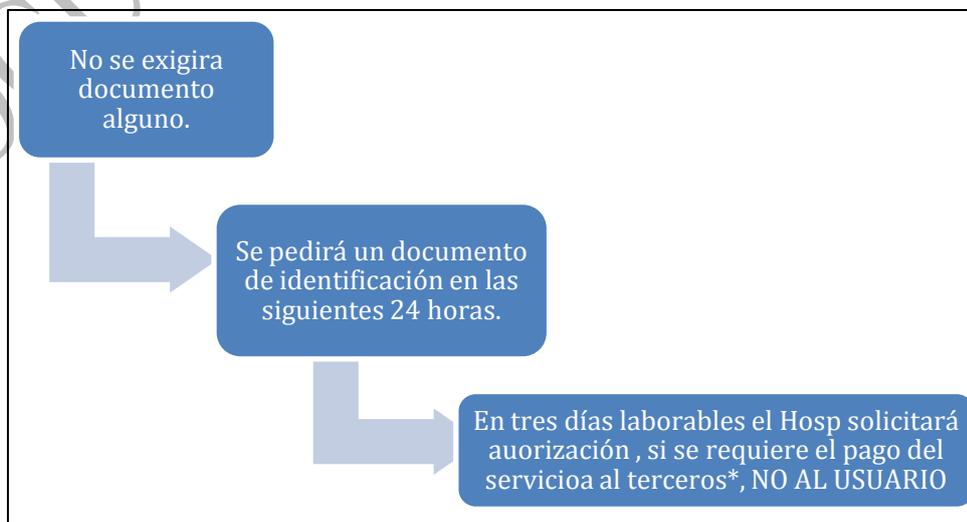
El binomio enfermera- médico o la enfermera o paramédico es el personal indicado para realizar el Triage. Es necesario que cada establecimiento de salud con servicio de emergencia 24 horas se especialice en las prioridades de triaje que les corresponde, de la siguiente manera:

PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Establecimientos de salud hasta centros de salud tipo A y B: <ul style="list-style-type: none"> ○ Primeros auxilios ○ Urgencias 5 ○ Referencia 1, 2, 3 y 4 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Establecimientos de salud Ambulatorios con emergencia 24 h: <ul style="list-style-type: none"> • Atención de Emergencias tipo 3 y referencia del resto 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Establecimientos de salud hospitalarios: <ul style="list-style-type: none"> Atención de Emergencias tipo 3, 2 y tipo I La prioridad 3 debe ser exclusivamente por acceso geográfico
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Establecimientos de salud tipo C: <ul style="list-style-type: none"> • Atención de emergencias tipo 4 y 5, y referencia de las otras 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Establecimientos de salud hospitalarios: <ul style="list-style-type: none"> • Atención de Emergencias tipo 3, 2 y referencia de las tipo I 	

Elaboración: Equipo VAIS. 2012

Para todos los establecimientos:

- Para ser atendido en el servicio de emergencias, el procedimiento es el siguiente:



*se denominan terceros a los financiadores de la cobertura sean públicos o privados.

Los Establecimientos de Salud de primer nivel que cuentan con Servicios de Emergencia que funcionan las 24 horas del día durante los 365 días del año, de acuerdo a su complejidad y demanda contarán con:

- ✓ Un Servicio de Emergencia con un área de triaje que permita la atención según prioridad y de acuerdo la misma refieran a los pacientes de prioridad 1, 2 y 3
- ✓ Los Servicios de emergencia de los establecimientos debe tener un teléfono directo exclusivo para este servicio.
- ✓ El Servicio de Emergencia deberá contar con el apoyo de Laboratorio y de Diagnóstico por Imágenes y Farmacia las 24 HORAS según su capacidad resolutive.
- ✓ Cada servicios de emergencia tendrá una plantilla estándar de recursos humanos, materiales, equipos y lencería.
- ✓ El Servicio de Emergencia debe tener permanentemente, el apoyo y la presencia de un representante de Seguridad (que puede ser una agente de la Policía Nacional del Ecuador o de Vigilancia).

Los Establecimientos de Salud de segundo y tercer nivel en los que los servicios de emergencia funcionan 24 horas/ 7 días a la semana, deberán organizar el servicio de la siguiente manera:

- ✓ Jefe de guardia a partir de 5 pm de la tarde y feriados, será la autoridad máxima del hospital, en la modalidad de turnos que se organizarán de acuerdo a las características propias de cada hospital.
- ✓ Los hospitales con servicios de emergencia y Unidad de Cuidados Intensivos deberán estructurar el Servicio de Áreas Críticas.
- ✓ Los servicios de emergencias no podrán rechazar ningún paciente, se clasificará según el Sistema de Triage Manchester, se estabilizará y se trasladará sea a la hospitalización del mismo hospital si hay disponibilidad de camas según su capacidad resolutive, o se derivara a otro hospital a través del equipo de gestión de red zonal.
- ✓ Los Servicios de emergencia de los establecimientos debe tener un teléfono directo exclusivo para este servicio.
- ✓ Todo Servicio de Emergencia deberá contar con un área (box) de triaje que permita la atención según prioridad(según sistema de Triage Manchester)
- ✓ El Servicio de Emergencia debe contar con área de urgencias, de emergencias, de críticos y observación según su capacidad resolutive.
- ✓ La estancia en los boxes de Urgencias/Emergencias, máximo 4 horas,
- ✓ Salas de observación, máximo 12 horas con un máximo de menos de 23 horas.
- ✓ El servicio de emergencia debe contar con apoyo de Laboratorio y de Diagnóstico por Imágenes, durante las 24 HORAS según su capacidad resolutive.
- ✓ Cada servicios de emergencia tendrá una plantilla estándar de recursos humanos, materiales, equipos y lencería de acuerdo a su capacidad resolutive normada.
- ✓ El Servicio de Emergencia debe tener permanentemente, el apoyo y la presencia de un representante de Seguridad (que puede ser una agente de la Policía Nacional del Ecuador y/o de vigilancia)
- ✓ Cuando un paciente ingresa al Servicio de Emergencias a través de Atención Prehospitalaria (SIS- ECU 911- Transporte primario), se debe firmar la recepción del paciente en el formulario HCU- F002.

4. Sistema de apoyo a las atenciones de emergencia:



Ministerio de Salud Pública

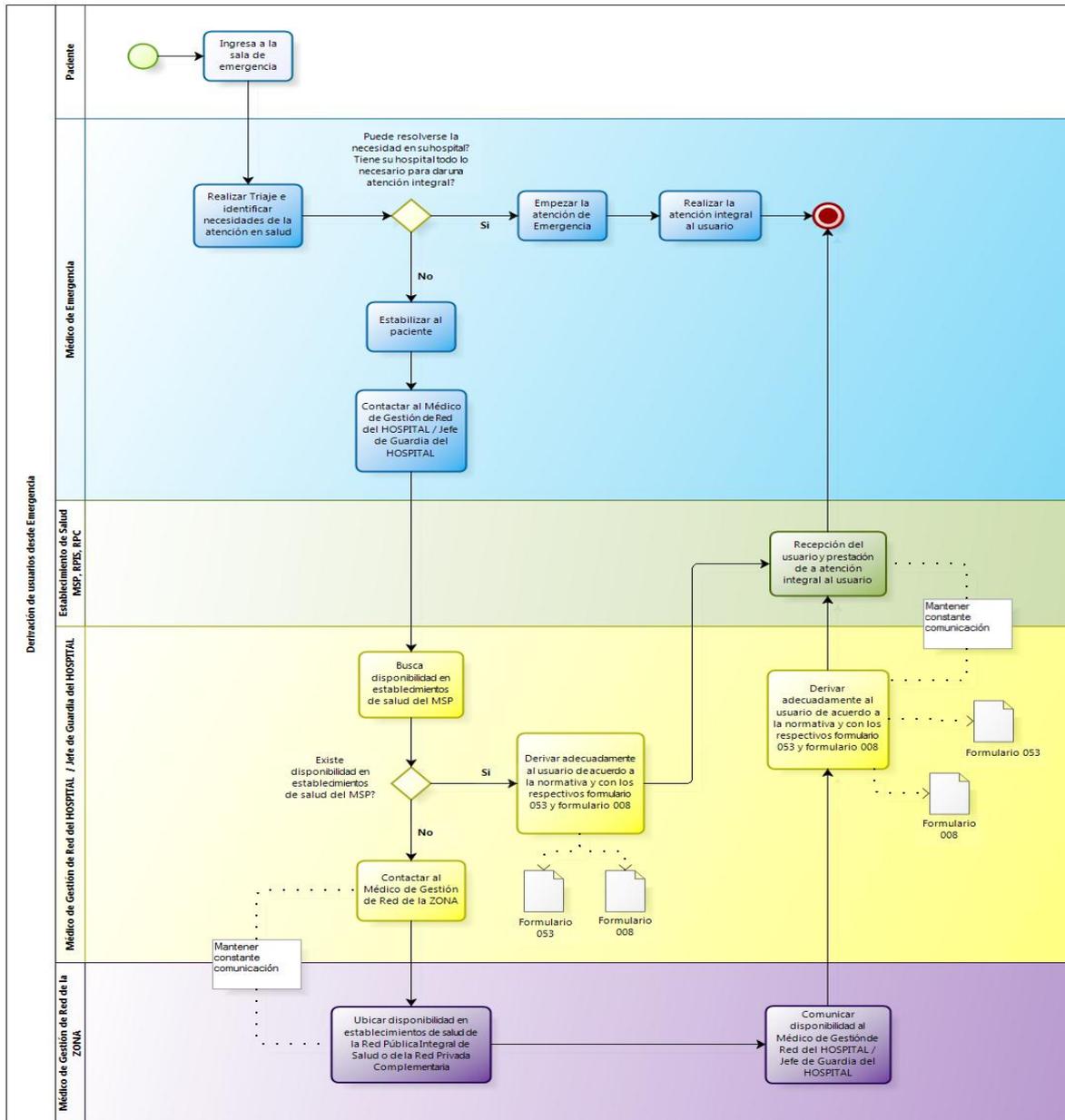
- ✓ Derivación interhospitalaria a través del equipo de Gestión de Red Zonal
- ✓ Cuando un paciente que se ha estabilizado y no hay disponibilidad de camas o requiere una capacidad resolutive de mayor complejidad se realizará lo siguiente:
 - El jefe de Guardia o el responsable de Gestión del Hospital llamara al Gestor de Red Zonal de turno para notificar la necesidad de derivación
 - Se debe notificar el caso con diagnóstico, el procedimiento que requiere con detalle de signos vitales y medición de Glasgow. Además de causa por lo que requiere la derivación.
 - El gestor de Red Zonal indicará el establecimiento de la RPIS o de la Red complementaria a cual derivará.
 - El jefe de guardia dispone al Jefe de Emergencia que proceda el llenado del hoja de referencia HCU-F053, elegirá e indicará el tipo de transporte secundario adecuado para al misma. Se utilizará el HCU-F002 para la entrega recepción del paciente.
 - Para facilitar este proceso se ha elaborado un flujograma de trabajo que permita facilitar la derivación.

5. Flujo de trabajo para la derivación:

Para facilitar y visibilizar el flujo de trabajo en el servicios de emergencias de los establecimientos de salud.

FLUJOGRAMA DE TRABAJO PARA LA DERIVACION

DOCUMENTO BORRADOR



FUENTE: EQUIPO DE TRABAJO NACIONAL- ZONAL 8. Marzo 2013

Anexo No 4.1

LISTA DE DAÑOS SEGÚN PRIORIDAD- Prioridad I

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



Ministerio de Salud Pública

1. Paro Cardiorespiratorio.
2. Dolor Torácico Precordial de posible origen cardiogénico con o sin hipotensión.
3. Dificultad respiratoria (evidenciada por polipnea, taquipnea, tiraje, sibilantes, estridor, cianosis)
4. Shock (Hemorrágico, cardiogénico, distributivo, obstructivo)
5. Arritmia con compromiso hemodinámico de posible origen cardiogénico con o sin hipotensión.
6. Hemorragia profusa.
7. Obstrucción de vía respiratoria alta.
8. Inestabilidad Hemodinámica (hipotensión / shock / crisis hipertensiva).
9. Paciente inconsciente que no responde a estímulos.
10. Paciente con trauma severo como:
 - Víctima de accidente de tránsito.
 - Quemaduras con extensión mayor del 20%.
 - Precipitación.
 - Dos o más fracturas de huesos largos proximales.
 - Injurias en extremidades con compromiso neurovascular.
 - Herida de bala o arma blanca.
 - Sospecha de traumatismo vertebro medular.
 - Evisceración.
 - Amputación con sangrado no controlado.
 - Traumatismo encéfalo craneano.
11. Status Convulsivo.
12. Sobredosis de drogas o alcohol más depresión respiratoria.
13. Ingesta de órganos fosforados, ácidos, álcalis, otras intoxicaciones o envenenamientos.
14. Signos y síntomas de abdomen agudo con descompensación hemodinámica.
15. Signos y síntomas de embarazo ectópico roto.
16. Signos vitales anormales:
 - **ADULTO**
 - Frecuencia Cardíaca < 50 x min.
 - Frecuencia Cardíaca > 150 x min.
 - Presión Arterial Sistólica < 90 mmHg.
 - Presión Arterial Sistólica > 220 mmHg.
 - Presión Arterial Diastólica > 110 mmHg ó 30 mmHg por encima de su basal.
 - Frecuencia Respiratoria > 35 x min.
 - Frecuencia Respiratoria < 10 x min.
 - **PEDIÁTRICO**
 - **Lactante**
 - Frecuencia Cardíaca ≤ 60 x min.
 - Frecuencia Cardíaca ≥ 200 x min.
 - Presión Arterial Sistólica < 60 mmHg.
 - Frecuencia Respiratoria ≥ a 60 x min. (hasta los 2 meses).
 - Frecuencia Respiratoria ≥ a 50 x min (desde los 2 meses al año)
 - Saturación de oxígeno ≤ a 85%.
 - **Pre Escolar**
 - Frecuencia Cardíaca ≤ 60 x min.
 - Frecuencia Cardíaca ≥ 180 x min.
 - Presión Arterial Sistólica < 80 mmHg.
 - Frecuencia Respiratoria > a 40 x min. (sin fiebre).
 - Saturación de oxígeno ≤ a 85%.
17. Suicidio frustrado.
18. Intento suicida.
19. Crisis de agitación psicomotora con conducta heteroagresiva.
20. Problemas específicos en pacientes pediátricos.
21. Intoxicaciones por ingesta o contacto.
22. Períodos de apnea.
23. Cambios en el estado mental: letargia, delirio, alucinaciones, llanto débil.
24. Deshidratación con Shock: Llenado capilar mayor de tres segundos.
25. Sangrado: Hematemesis, sangrado rectal, vaginal, epistaxis severa.
26. Quemaduras en cara o más del 10% de área corporal.
27. Quemaduras por fuego en ambiente cerrado.
28. Acontecimiento de aspiración u obstrucción con cuerpo extraño.
29. Status convulsivo.
30. Status asmático.
31. Hipertermia maligna.
32. Trastornos de sensorio.
33. Politraumatismo.
34. Herida por arma de fuego.
- 35.
36. Cualquier otro caso que amerite atención inmediata en la Sala de Reanimación.



ANEXO No 4.2 LISTA DE DAÑOS SEGÚN PRIORIDAD II

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

1. Frecuencia respiratoria \geq de 24 por minuto.
 2. Crisis asmática con broncoespasmo moderado.
 3. Diabetes Mellitus Descompensada.
 4. Hemoptisis.
 5. Signos y síntomas de Abdomen Agudo.
 6. Convulsión reciente en paciente consciente.
 7. Dolor torácico no cardiogénico sin compromiso hemodinámico.
 8. Arritmias sin compromiso hemodinámico.
 9. Sangrado gastrointestinal, con signos vitales estables.
 10. Paciente con trastornos en el sensorio.
 11. Hipotonía, flacidez muscular aguda y de evolución progresiva.
 12. Descompensación Hepática.
 13. Hernia umbilical o inguinal incarcerada.
 14. Signos y síntomas de descompensación tiroidea.
 15. Contusiones o traumatismos con sospecha de fractura o luxación.
 16. Herida cortante que requiere sutura.
 17. Injuría en ojos perforación, laceración, avulsión.
 18. Desprendimiento de retina.
 19. Fiebre y signos inflamatorios en articulaciones.
 20. Síntomas y signos de cólera.
 21. Deshidratación Aguda sin descompensación hemodinámica.
 22. Hematuria macroscópica.
 23. Reacción alérgica, sin compromiso respiratorio.
 24. Síndrome febril o Infección en paciente Inmunosuprimido (Ejemplo: Paciente diabético con infección urinaria).
 25. Pacientes Post-Operados de Cirugía altamente Especializada o pacientes en programa de Hemodiálisis, con síntomas y signos agudos.
 26. Coagulopatía sin descompensación hemodinámica.
 27. Sobredosis de drogas y alcohol sin depresión respiratoria.
 28. Cefalea con antecedentes de trauma craneal.
 29. Síndrome Meningeo.
 30. Síntomas y signos de enfermedades vasculares agudas.
 31. Cólico renal sin respuesta a la analgesia mayor de 06 horas.
 32. Retención urinaria.
 33. Síndrome de abstinencia de drogas y alcohol.
 34. Cuerpos extraños en orificios corporales.
 35. Cuerpos extraños en esófago y estómago.
 36. Pacientes con ideación suicida.
 37. Pacientes con crisis de ansiedad.
 38. Pacientes con reagudización de su cuadro sicótico sin conducta suicida ni agitación psicomotora fuera de control.
 39. Cuadro de demencia con conducta psicótica.
 40. Esguinces.
 41. Contusiones o traumatismos leves sin signos o síntomas de fractura o luxación.
 42. Enfermedad Inflamatoria de la pelvis.
 43. Coagulopatía.
 44. Flebitis o Tromboflebitis.
 45. Herpes Zoster ocular.
 46. Enfermedad eruptiva aguda complicada.
 47. Cefalea mayor de 12 horas.
 48. Problemas específicos en pacientes Obstétricas:
 - Hemorragia de cualquier trimestre del embarazo.
 - Aborto provocado no terapéutico o intento fallido de aborto.
 - Amenaza de parto prematuro.
 - Gestante de 2° y 3° trimestre que reporta ausencia de movimiento fetales.
 - Sangrado post-parto.
 - Hipertensión que complica el embarazo.
 - Signos y síntomas de toxemia severa.
 - Bradicardia (menor de 120 x min.) y taquicardia ($>$ de 160 x min.) Fetal.
 - Traumatismo Abdominal.
 - Deshidratación por hiperémesis.
 - Cefalea.
 - Epigastralgia.
 - Edema Generalizado.
 49. Problemas Específicos en pacientes Pediátricos.
 - Prematurez/Bajo peso, Sepsis
 - Cualquier enfermedad en niños menores de 3 meses.
 - Dolor Abdominal.
 - Trauma craneano sin cambios en el estado mental o fracturas obvias.
 - Niños con fiebre y petequias o púrpura.
 - Niños menores de 3 meses con $T^{\circ} \geq$ que 38° C.
 - Niños menores de 2 años con $T^{\circ} \geq$ que 39° C.
 - Niños con síntomas de infección urinaria.
 - Convulsiones recientes, síncope o mareos.
 - Cefalea / epistaxis no controlada.
 - Quemaduras en menos del 10% de área corporal.
 - Trauma ocular no penetrante.
 - Laceración que requiere sutura con sangrado activo.
 - Niños que han sufrido agresión física.
 - Odontalgia.
 - Otagia.
- Cualquier otro caso que a criterio del Médico tratante considere necesario la atención en algún Tópico de Emergencia.



Ministerio de Salud Pública
ANEXO No 4.3

LISTA DE DAÑOS SEGÚN PRIORIDAD- Prioridad III

Paciente que no presentan riesgo de muerte ni secuelas invalidantes. Amerita atención en el Tópico de Emergencia III, teniendo prioridad la atención de casos I y II.

1. Dolor abdominal leve con náuseas, vómitos, diarrea, signos vitales estables.
2. Herida que no requiere sutura.
3. Intoxicación alimentaria.
4. Trastornos de músculos y ligamentos.
5. Otitis Media Aguda.
6. Deshidratación Hidroelectrolítica leve.
7. Osteocondropatía aguda.
8. Sinusitis aguda.
9. Hiperémesis gravídica sin compromiso metabólico.
10. Urticaria.
11. Fiebre > de 39° sin síntomas asociados.
12. Síndrome vertiginoso y trastorno vascular.
13. Celulitis o absceso con fiebre.
14. Funcionamiento defectuoso de colostomía, ureterostomía, talla vesical u otros similares.
15. Lumbalgia aguda.
16. Broncoespasmo leve.
17. Hipertensión arterial leve no controlada.
18. Signos y síntomas de Depresión.
19. Crisis de Ansiedad o Disociativas.
20. Signos y síntomas de infección urinaria alta.
21. Pacientes con neurosis de ansiedad.
22. Pacientes Sicóticos con reagudización de sus síntomas pero aún sin conducta psicótica.

Cualquier otro caso que el Médico tratante considere que la atención puede ser postergada sólo con relación a las anteriores prioridades de atención.

ANEXO No 4.4

LISTA DE DAÑOS SEGÚN PRIORIDAD- Prioridad IV

Pacientes sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata, se tratan síntomas y se refieren para ser atendido en Consulta Externa de Primer nivel o especializada en el mismo Hospital de acuerdo a caso.

1. Faringitis aguda.
2. Amigdalitis aguda.
3. Enfermedades diarreica aguda sin deshidratación o vómitos.
4. Absceso sin fiebre.
5. Sangrado vaginal leve en no gestante, con funciones vitales estables.
6. Enfermedades crónicas no descompensadas

ANEXO No 4.5

LISTA DE DAÑOS SEGÚN PRIORIDAD- Prioridad V

Pacientes sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata y que deben ser atendidos en consulta externa de primer nivel. Sólo tratamiento sintomático hasta que aista a cita.

1. Fiebre sin síntomas asociados.
2. Resfrío común.
3. Dolor de oído leve.
4. Dolor de garganta sin disfagia.

ANEXO No 10 - MANEJO INTEGRAL DE LA ATENCION PROGRAMADA

Las listas de espera es uno de los problemas con que se enfrenta nuestro sistema de salud, como consecuencia de un desajuste entre la demanda (necesidades expresadas) y la oferta de servicios. Este problema no se han transparentado ni gestionado, por lo tanto, se inicia esta gestión con la identificación de las listas de espera, de tal manera que, en forma conjunta, se plantee la necesidad de establecer prioridades de forma explícita que tengan en cuenta tanto criterios clínicos (la necesidad del paciente y el beneficio esperado de la intervención) como social (problemas de cuidadores, transporte, etc.), y no exclusivamente el tiempo de espera; además de desarrollar intervenciones para su solución.

1. Objetivos

i. General:

Asegurar la oportunidad de una atención integral y continua a los usuarios mediante la gestión adecuada y regulada de la red.

i. Específicos:

- Establecer una línea de base sobre listas de espera en atención ambulatoria de especialidades y hospitalarias (procedimientos ambulatorios y qx)
- Fortalecer el trabajo conjunto entre los diferentes niveles de atención y capacidad resolutoria, monitoreando estancias hospitalarias, dimensionando las altas de especialidades para gestionar la antigüedad las listas de espera, bajo criterios clínicos y de prioridad
- Manejo eficiente de camas hospitalares y salas quirúrgicas y las contrarreferencias al primer nivel de atención

2. Definiciones operacionales:

Listas de Espera

Se define como lista de espera al conjunto de personas que en un momento dado se encuentran en espera de ser atendidas para una consulta de especialidad médica u odontológica, para un procedimiento o prueba diagnóstica o para una intervención quirúrgica programada, solicitada por un profesional médico u odontólogo y teniendo documentada tal petición.

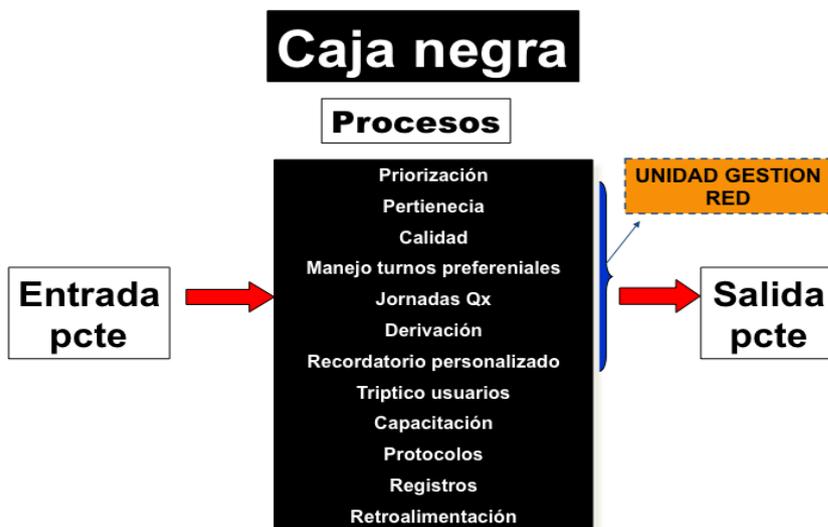
Operacionalmente el concepto de lista de espera se entiende como el universo de registros que no poseen una causal de salida y aquellos identificados que se encuentran en re-evaluación para definición del diagnóstico.

La inclusión en el registro debe considerar, a todas las personas, aún cuando la atención requerida no forme parte de la cartera de servicios del establecimiento de referencia, en cuyo caso se debe resolver el caso a través de la oferta de su red y /o de las macrorredes.

3. Gestión del manejo de la atención programada

Se adopta un enfoque integral, con medidas enfocadas no solo a la oferta de recursos sino también a la mejora de la eficiencia y a la reordenación de la demanda.

c. Análisis causal de la espera e identificar requerimientos para su resolución:



Elaboración: equipo de trabajo 2013

d. Priorización de lista de espera por criterios de alerta:

Los criterios para el manejo de las listas de espera son importantes para la toma de decisiones sobre el mecanismo de salida de la lista de espera que necesariamente deben ser priorizadas por paciente y antigüedad en la lista de espera.

Los criterios e alerta son:

- Clínicos:
 - i. Vitales y los urgentes (IRC, cancer, cardiovasculares),
 - ii. Graves y prioritarios (volumen y repercusión clínica)
- Sociales:
 - iii. lugar de residencia,
 - iv. vivir solo,
 - v. tener dependientes, etc.
- Estructurales:
 - vi. Disponibilidad de la oferta
 - vii. Capacidad resolutive
- Procesos Calidad: Tiempos de alerta

e. **Salida del Registro de Lista de Espera:**

La salida del registro de listas de espera, ocurre cuando se presenta cualquiera de las causales de salida definidas en la siguiente tabla, excepto en la causal de salida N°3 y en el caso particular de algunos procedimientos que requieren ser informados por profesional.

Existen dos tipos de salida:

- **Las salidas médicas**, corresponden a los egresos determinados por una decisión de un médico, dentista o profesional validado; y deben estar validadas mediante los formatos correspondientes.
- **Las salidas administrativas** corresponden a los egresos determinados por personal administrativo u otro autorizado; se asocian a las causales: libre elección, inasistencias,



Ministerio de Salud Pública

rechazo a la atención, fallecimiento, derivación.

Dado que habitualmente la comunicación se produce a través de contacto telefónico con el paciente o familiar, estas causales de salida no exigen acreditación documental específica, pero se debe resguardar el registro de esta información señalando datos de la fuente de contacto: nombre, cédula de identidad si no es el paciente la relación con éste, motivo o causal de salida y la fecha de la comunicación. (Historia clínica o documento definido localmente).

4. Identificación e implementación de soluciones por UGR-DMH

- **Socialización y capacitación**
 - **Implementación y evaluación**
 - **Definición de flujos eficientes de referencia y contrarreferencia**
 - Identificación y socialización de carteras de servicios y horarios
 - Consolidación de la referencia y contrarreferencia con el agendamiento de la atención especializada desde el primer nivel.
 - Seguimiento de pacientes con referencias para intervenciones quirúrgicas
 - Seguimiento de las altas de pacientes referidos y de su contrarreferencia
 - Capacitación personalizada
 - Asegurar la disponibilidad de computador, digitador y acceso a internet
 - Mejoramiento de la indicación de una intervención, estancias o prueba, que es trabajar sobre la práctica clínica con evidencias
 - **Información a usuarios**
5. **Monitoreo y evaluación:**
- Definición de indicadores y mecanismos de reporte
 - Monitoreo de causales de salida y ausentismo consulta y hospitalización
 - Informes y resúmenes x CZ y nacional
 - Implementación de incentivos

6. Resultado esperado:



Elaboración: equipo de trabajo 2013



7. Flujo de la atención programada.

HACE FALTA CONCLUIR

DOCUMENTO BORRADOR