

2013



Ministerio
de **Salud Pública**

NORMA TÉCNICA PARA EL PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN, SELECCIÓN, CALIFICACIÓN Y ADQUISICIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD Y DE LA RED PRIVADA COMPLEMENTARIA

SUBSECRETARÍA NACIONAL
DE GOBERNANZA DE LA
SALUD PÚBLICA
(Primera edición)
Junio 2013

No 00004195

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

- Que;** la Constitución de la República del Ecuador ordena en el Art. 32 que: “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”;
- Que;** el Art. 361 de la citada Constitución de la República ordena: “El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.”;
- Que;** la Ley Orgánica de Salud dispone: “Art. 4. La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.”;
- Que;** el Art. 6 de la Ley *Ibidem* prescribe que es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: “(...) 34. Cumplir y hacer cumplir esta Ley, los reglamentos y otras disposiciones legales y técnicas relacionadas con la salud”;
- Que;** el Art. 259 de la Ley Orgánica de Salud define a los servicios de salud como aquellos que están destinados a brindar prestaciones de salud, de promoción, de prevención, de recuperación y rehabilitación en forma ambulatoria, domiciliaria o internamiento, los cuales se clasifican de acuerdo a la capacidad resolutive, niveles de atención y complejidad;
- Que;** el Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública, emitido mediante Acuerdo Ministerial No. 00001034 de 1 de noviembre de 2011, publicado en el Registro Oficial No. 279 de 30 de marzo de 2012, dispone como misión de la Dirección Nacional de Normatización definir normas, manuales de protocolos clínicos, protocolos terapéuticos, protocolos odontológicos y guías de manejo clínico, por ciclos de vida y niveles de atención, así como de procesos de organización y gestión;
- Que;** la demanda por la saturación de los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública, ha generado la necesidad de que usuarios de estos servicios del MSP, puedan recibir atención de salud en las instituciones que conforman la RPIS y en unidades de la Red Privada (Complementaria), al amparo del Instructivo 001-2012 para la Viabilidad de la Atención de Salud en Unidades de la Red Pública Integral de Salud y en la Red Privada (Complementaria) y al Convenio Marco Interinstitucional; y,
- Que;** mediante memorando No. MSP-DNN-2013-1135-M de 22 de agosto de 2013, la Directora Nacional de Normatización, Encargada, solicita la elaboración del presente Acuerdo Ministerial.

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES LEGALES CONFERIDAS POR LOS ARTICULOS 151 Y 154, NUMERAL 1 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y POR EL ARTÍCULO 17 DEL ESTATUTO DEL RÉGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA

ACUERDA:

- Art.1.-** Aprobar y autorizar la publicación de la “NORMA TÉCNICA PARA EL PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN, SELECCIÓN, CALIFICACIÓN Y ADQUISICIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD Y DE LA RED PRIVADA COMPLEMENTARIA”, misma que fue elaborada por la Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública y por la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, bajo la coordinación de la Dirección Nacional de Normatización.
- Art.2.-** Disponer que la “NORMA TÉCNICA PARA EL PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN, SELECCIÓN, CALIFICACIÓN Y ADQUISICIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD Y DE LA RED PRIVADA COMPLEMENTARIA”, sea aplicada a nivel nacional, como una normativa del Ministerio de Salud Pública de carácter obligatoria para el Sistema Nacional de Salud (Red Pública de Salud y Red Privada Complementaria).
- Art. 3.-** Publicar la “NORMA TÉCNICA PARA EL PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN, SELECCIÓN, CALIFICACIÓN Y ADQUISICIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD Y DE LA RED PRIVADA COMPLEMENTARIA”, a través de la página web del Ministerio de Salud Pública.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

- PRIMERA.-** Hasta que concluya el desarrollo del Manual de Calificación de Prestadores de Servicios de Salud se aplicará el utilizado por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS); y, la Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública del Ministerio de Salud Pública, o quien haga sus funciones, elaborará un informe técnico mediante el cual solicite la elaboración del convenio de prestaciones de servicios de salud con proveedores actuales, que cuenten con la calificación del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) o con la acreditación del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), como prestadores de servicios de sus seguros de salud.
- SEGUNDA.-** Mientras se elaboran los respectivos convenios y a fin de garantizar la continuidad de la prestación de servicios para las y los usuarios y respetar el ejercicio de su derecho a la salud, se aceptará la acreditación del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), o la calificación del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), como habilitante para el pago de las prestaciones brindadas a los beneficiarios del MSP y que se hayan validado con el respectivo proceso de Auditoría de la Calidad de la Facturación de las Cuentas Médicas. Para el caso de prestadores que no cuenten con la calificación del ISSFA o la acreditación del IESS y que hayan recibido pacientes derivados desde Unidades de la RPIS, la Dirección de Gobernanza de la Salud Pública de la Zona a la que corresponde el expediente, presentará el informe que justifique la elección del prestador, con base en la garantía de la continuidad, oportunidad e integralidad de la atención para el paciente.
- TERCERA.-** Los prestadores de servicios de salud deberán presentar ante la respectiva Coordinación Zonal, la solicitud de Inscripción en el Registro Único de Prestadores de Servicios de Salud, en un término de ciento ochenta (180) días, contados a partir de la suscripción del presente Acuerdo Ministerial; caso contrario no podrá continuar brindando servicios al Ministerio de Salud Pública.



DISPOSICIÓN FINAL

De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial, que entrará en vigencia a partir de la fecha de su suscripción, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud y a la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública.

DADO EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO, a

03 SET 2013


 Carina Vance Mafla
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA



	Nombre	Área	Cargo	Sumilla
Revisado	Dra Elisa Jaramillo Abg. Isabel Ledesma	Coordinación General de Asesoría Jurídica	Coordinadora General Directora Nacional de Consultoría Legal	
Elaborado	Dra. Elina Herrera	Dirección Nacional de Consultoría Legal	Analista	
Aprobado	Dr. Miguel Malo	Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud	Viceministro	
Aprobado	Dr. Francisco Vallejo	Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública	Subsecretario Nacional	
Aprobado	Dr. Osvaldo Salgado	Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud	Subsecretario Nacional	
Aprobado	Abg. Andrés Cadena	Coordinación General Administrativa Financiera	Coordinador General (S)3	
Solicitado y Aprobado	Dra. Gabriela Aguinaga	Dirección Nacional de Normatización	Directora Nacional, Encargada	

CONTENIDO

I.	PRESENTACIÓN	7
II.	INTRODUCCIÓN.....	8
III.	ANTECEDENTES	9
IV.	MARCO LEGAL	11
1.	OBJETIVOS	14
1.1.	Objetivo General.....	14
1.2.	Objetivos Específicos	14
2.	ALCANCE.....	15
3.	DEFINICIONES	16
3.1.	Simbología.....	18
4.	DISPOSICIONES GENERALES.....	19
4.1.	PRINCIPIOS DE GESTIÓN.....	19
5.	DISPOSICIONES ESPECÍFICAS	20
5.1.	Del proceso de calificación	20
5.2.	De los aspectos a evaluarse en la calificación.....	21
5.3.	De las comisiones evaluadoras zonales.....	21
5.3.1	Conformación de las comisiones	21
5.3.2	Responsabilidades de las comisiones.....	22
5.4.	De los equipos evaluadores zonales	22
5.4.1	Conformación de los equipos.....	22
5.4.2	Responsabilidades de los equipos	22
5.5.	Del cronograma de evaluación	23
5.6.	Del proceso de evaluación	23
5.6.1	Determinación de necesidades o requerimientos	23
5.6.2	Convocatoria	24
5.6.3	Solicitud de inscripción.....	24
5.6.4	Requisitos para la inscripción	24
5.6.5	Registro de la solicitud de calificación.....	25
5.6.6	Autoevaluación de los prestadores.....	25
5.6.7	Recepción de documentos	26
5.6.8	Apertura y calificación de documentos.....	26
5.6.9	Preselección de prestadores.....	26
5.6.10	Evaluación en el sitio	26

5.6.11	Componentes a evaluar para la calificación de prestadores de servicios de salud	26
5.6.12	Selección final y presentación del informe técnico	27
5.6.13	Resultados de la evaluación.....	28
5.7.	Del convenio.....	29
5.7.1	Autorización para la elaboración del convenio.....	29
5.7.2	Firma del convenio	29
5.7.3	Mecanismo de pago	29
5.7.4	Informe del convenio a niveles descentralizados.....	30
5.7.5	Difusión de la información a la comunidad	31
5.8.	De la asignación de prestadores.....	31
5.8.1	Servicios de diálisis: hemodiálisis y diálisis peritoneal	31
5.8.2	Servicios hospitalarios: emergencia y hospitalización.....	31
5.8.3	Servicios ambulatorios: consulta externa y procedimientos ambulatorios de diagnóstico y tratamiento.....	31
5.9.	De las responsabilidades de los actores.....	32
5.9.1	Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y Red Pública del MSP	32
5.9.2	Dirección Zonal de Gobernanza	32
5.9.3	Coordinación Zonal de Salud	32
5.10.	De la Red de Prestadores de Servicios de Salud del MSP	32
6.	DISPOSICIONES TRANSITORIAS	33
7.	GLOSARIO.....	34
8.	BIBLIOGRAFÍA.....	41
9.	APÉNDICES.....	44
9.1.	Base Legal	44
9.2.	Diagrama de flujo para la evaluación selección, calificación y adquisición de servicios de salud de la RPIS y RPC.....	56
10.	ANEXOS.....	58

I. PRESENTACIÓN

La Constitución de la República del Ecuador en el artículo 360 determina la estructuración de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y dispone la necesidad de que existan, entre las unidades que la constituyen, vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad. De igual manera, en su artículo 362 señala “La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias”, el mismo artículo determina “Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios”.

La implementación del funcionamiento de la RPIS a partir de la publicación en el Registro Oficial del Tarifario de las Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud y su Instructivo 001-2012 y la ejecución del Convenio Marco Interinstitucional, permitió que usuarios del Ministerio de Salud Pública (MSP) puedan recibir atención de salud en unidades de salud de las instituciones que conforman la RPIS (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Fuerzas Armadas y Policía Nacional) y en unidades de la Red Privada Complementaria (RPC), respondiendo a la demanda insatisfecha por la saturación de los servicios de salud del MSP y por la limitada capacidad resolutoria de algunos de ellos. Este proceso genera cuentas que son facturadas según la norma del Instructivo 001-2012 para la Viabilidad de la Atención de Salud en Unidades de la Red Pública Integral de Salud y en la Red Privada (Complementaria) de Prestadores de Servicios de Salud y del Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, cuentas que deben ser revisadas y validadas previo a su pago.

También supone la organización de un proceso técnico para evaluar y seleccionar los prestadores de los servicios de salud, como requisito previo a la firma de un convenio y las normas para la compensación económica y el cruce de cuentas entre las instituciones prestadoras de servicios de salud y de las instituciones financiadoras de estos servicios, tanto en la Red Pública Integral de Salud como en la Red Privada Complementaria.

La presente norma técnica define y establece el marco regulatorio para el proceso que el Ministerio de Salud Pública y los prestadores de servicios de salud de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria deberán seguir para la calificación y selección de prestadores de servicios de salud, así como para convenir la adquisición de estos servicios.

De esta manera la norma técnica apoya el funcionamiento de la RPIS y su relación con la RPC, asegurando el acceso de los usuarios a los servicios de salud.

Carina Vance Mafle
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

II. INTRODUCCIÓN

Una de las estrategias para lograr el acceso de los usuarios a los servicios de salud y, por tanto, al ejercicio de su derecho a la salud consagrado en la Constitución de la República del Ecuador, constituye la estructuración e implementación de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y su relacionamiento con la Red Privada Complementaria (RPC), cuyo objetivo es mejorar el acceso de los usuarios a servicios de salud sin barreras geográficas, organizacionales, institucionales, económicas en el punto de pago o de cualquier otra índole, de manera que los ciudadanos y ciudadanas ejerzan plenamente el derecho a la salud.

Con este fin y con la rectoría del MSP las instituciones públicas del sector salud, establecieron los criterios administrativos y técnicos para el proceso de referencia y recepción de pacientes entre unidades de salud de la RPIS; y el proceso de derivación hacia las de la RPC, así como el mecanismo de reconocimiento económico y el proceso de validación de las cuentas médicas previo a dicho reconocimiento de las mismas que se constituyen en el Tarifario de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud y el Instructivo 001-2012 para la Viabilidad de la Atención en Salud en Unidades de la Red Pública Integral de Salud y en la Red Privada (Complementaria) de Prestadores de Servicios de Salud, publicado en el Registro Oficial 289 de 24 de mayo de 2012, norma obligatoria para el sector público y para las unidades del sector privado que se relacionen con la RPIS.

Para complementar la regulación de este proceso es necesario establecer la norma para convenir con los prestadores de servicios de salud la adquisición de los servicios, que se apoya en el criterio favorable emitido por el Instituto Nacional de Contratación Pública mediante oficio Nro. INCOP-DE-2013-0320-OF, de 23 de mayo de 2013.

La presente norma técnica establece los procedimientos que los financiadores y las unidades de salud deberán seguir para la calificación y selección de prestadores de servicios de salud y la firma de convenios para la adquisición de estos servicios.

III. ANTECEDENTES

La Constitución de la República del Ecuador señala la responsabilidad del Estado de garantizar el efectivo goce del derecho a la salud a ecuatorianos y ecuatorianas y responsabiliza a la Autoridad Sanitaria Nacional de universalizar la cobertura de las prestaciones de salud, establecer mecanismos para efectivizar el acceso a las mismas y las estrategias para garantizar su calidad.(1)

El Plan Nacional para el Buen Vivir, destaca la necesidad de fortalecer a la Autoridad Sanitaria Nacional y su rectoría sobre el Sistema Nacional de Salud y de universalizar el acceso a la salud. (2)

La implementación del funcionamiento de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) a partir de la publicación en el Registro Oficial del Tarifario de las Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud y el Instructivo 001-2012 para la Viabilidad de la Atención en Salud en Unidades de la Red Pública Integral de Salud y en la Red Privada (Complementaria) de Prestadores de Servicios de Salud y la ejecución del Convenio Marco Interinstitucional suscrito por las instituciones públicas del sector salud (3), permitió que usuarios del Ministerio de Salud Pública (MSP) puedan recibir atención en unidades de salud de las instituciones que conforman la RPIS (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Fuerzas Armadas y Policía Nacional) y en unidades de la Red Privada Complementaria (RPC), respondiendo a la demanda insatisfecha por la saturación de los servicios de salud del MSP y por la limitada capacidad de algunos de dichos servicios. Este proceso genera cuentas que son facturadas según la norma del Instructivo 001-12 para la Viabilidad de la Atención en Salud en Unidades de la Red Pública Integral de Salud y en la Red Privada (Complementaria) de Prestadores de Servicios de Salud y del Tarifario Nacional.

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (4), en el artículo 2 señala como se constituye el Sistema Nacional de Salud y que la articulación funcional del Sistema se da a través de principios, políticas y normas comunes. El numeral 1 del artículo 3 de esta Ley garantiza el acceso equitativo y universal a los servicios de salud que se organizan en una red de servicios. El artículo 11 de esta misma Ley, en el literal (g) dice “La celebración de convenios o contratos de gestión entre las entidades del Sistema para complementar la atención, con mecanismos de pago interinstitucionales basados en protocolos comunes, de acuerdo al reglamento correspondiente;”

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública (5) define en el numeral 2 del artículo 6 lo correspondiente a bienes y servicios normalizados, por lo que se entiende que los servicios de salud son bienes no normalizados pues sus especificaciones técnicas no son homologables ni susceptibles de catalogarse uniformemente, debido a la variabilidad de condiciones de salud de los pacientes, su frecuencia de uso, la dinámica de la ciencia médica y la diferencia del nivel de complejidad, de la capacidad de resolución y la oferta; por estas mismas consideraciones los convenios de prestación de servicios de salud son de cuantía indeterminada.

El artículo 42 del Reglamento General de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública (6) trata sobre los bienes y servicios normalizados cuyas

características no son aplicables a los servicios de salud. El artículo 68 da disposiciones generales sobre los procedimientos que pueden ser sometidos a régimen especial, sin que directamente se hable de los servicios de salud.

En resumen el Sistema Nacional de Contratación Pública no cuenta, actualmente, con un proceso específico para la contratación de servicios de salud, debido a la diversidad de los procedimientos que el ejercicio de la salud requiere para atender la amplia gama de necesidades de los potenciales usuarios de los servicios.

El Instituto Nacional de Contratación Pública, mediante oficio Nro. INCP-DE-2013-0320-OF de Mayo 23 de 2013, ante la consulta del MSP sobre la competencia “para continuar instrumentando a través de convenios la prestación de servicios de salud para casos en los cuales no es posible aplicar los procedimientos establecidos en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública o su Reglamento General;respaldando el proceso en una norma técnica, desarrollada por la Autoridad Sanitaria Nacional, para la calificación, selección y compra de servicios de salud que atienda a las disposiciones generales de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y de su Reglamento General...?” emite criterio favorable que en lo pertinente señala: “En todo caso, y mientras se definan las herramientas pertinentes por parte del INCOP, el Ministerio de Salud Pública podría prever la suscripción de la mayor cantidad de Convenios con igual número de prestadores de servicios asistenciales, definiendo con claridad el tipo, naturaleza, estimación de costos y todas las especificidades y especificaciones que correspondiere, con el fin de cumplir a cabalidad con su obligación constitucional de *dar la atención de salud necesaria a través de las entidades estatales, así como de las privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias*”

La participación del Ministerio de Salud Pública en la RPIS, como prestador de servicios y como financiador, así como la necesidad de contar con una norma para regular esta relación con el resto de unidades de la RPIS y con la RPC cuando la capacidad resolutive o la condición del paciente lo requiere, en ausencia de un procedimiento específico para este fin, y con el criterio favorable del Instituto Nacional de Contratación Pública, el MSP en ejercicio del Artículo 361 de la Constitución que dice: “El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector”, establece la presente norma técnica para la calificación, selección y adquisición de servicios de salud.

IV. MARCO LEGAL

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

Artículos: 3 (numeral 1), 9, 10, 11 (numerales 3-4-5-8-9-23), 32, 50, 53, 54, 85 (disposiciones 1-2-3, 298, 358, 359, 360, 361, 362, 363 (numerales 2 y 3), 365, 366, 368, 370.

LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Artículos: 2, 3 (numerales 1- 2 y 3), 4, 11 (literales e-g-i), 12.

REGLAMENTO A LA LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Artículos: 13, 15, 18.

LEY ORGÁNICA DE SALUD

Artículos: 2, 4, 9 literal e.

LEY ORGÁNICA REFORMATORIA A LA LEY ORGÁNICA DE SALUD, LEY 67, PARA INCLUIR EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES RARAS O HUÉRFANAS Y CATASTRÓFICAS.

Artículos: 1(numeral 5-A), 2, 4.

LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE CONTRATACIÓN PÚBLICA

Artículos: 6 (numeral 2), 8

REGLAMENTO A LA LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE CONTRATACIÓN PÚBLICA

Artículos: 27, 42, 68, 109

NORMAS DE CONTROL INTERNO PARA LAS ENTIDADES, ORGANISMOS DEL SECTOR PÚBLICO Y DE LAS PERSONAS JURÍDICAS DE DERECHO PRIVADO QUE DISPONGAN DE RECURSOS PÚBLICOS.

100-01 Control Interno

401-03 Supervisión

402-02 Control previo al compromiso

402-03 Control previo al devengado

402-04 Control de la evaluación en la ejecución del presupuesto por resultados

403-08 Control previo al pago

403-09 Pagos a beneficiarios.

403-10 Cumplimiento de obligaciones

403-13 Transferencia de fondos por medios electrónicos

405-04 Documentación de respaldo y su archivo

405-05 Oportunidad en el registro de los hechos económicos y presentación de la información financiera

405-07 Formularios y documentos

405-08 Anticipo de fondos

405-11 Conciliación y constatación

406 ADMINISTRACION DE BIENES

406-01 Unidad de administración de bienes

406-02 Planificación Las entidades y organismos del sector público

a) Registro de proveedores y entidades

406-03 Contratación

- a. Procedimientos precontractuales
- b. Pliegos
- c. Comisión técnica

406-04 Almacenamiento y distribución

406-05 Sistema de registro

406-06 Identificación y protección

406-07 Custodia

410 TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN

410-10 Seguridad de tecnología de la información

410-17 Firmas electrónicas

- a. Verificación de autenticidad de la firma electrónica
- b. Coordinación interinstitucional de formatos para uso de la firma electrónica
- c. Conservación de archivos electrónicos

500 INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

600 SEGUIMIENTO

600-01 Seguimiento continuo en operación

CÓDIGO ORGÁNICO DE PLANIFICACIÓN Y FINANZAS PÚBLICAS:

Artículos: 70, 113, 114, 115, 117, 149, 152, 155, 156, 178.

TARIFARIO DE PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Instructivo 001-2012 para la viabilidad de la atención en salud en unidades de la Red Pública Integral de Salud y en la Red Privada (Complementaria) de prestadores servicios de salud.

Convenio Marco Interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública, Ministerio del Interior, Ministerio de Defensa, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional para integra la Red Pública Integral de Salud.

Criterio Técnico del Instituto Nacional de Contratación Pública emitido mediante oficio Nro. INCOP-DE-2013-0320-OF de 23 de mayo de 2013.

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo General

Regular el procedimiento que el Ministerio de Salud Pública seguirá para la selección, evaluación y calificación de prestadores de servicios de salud y la adquisición de estos servicios en la Red Pública Integral de Salud y en la Red Privada Complementaria.

1.2. Objetivos Específicos

1. Certificar a las y los usuarios y al Sistema de Salud que los establecimientos que prestan servicios de salud, lo hacen según su nivel de complejidad, que cuentan con recursos y capacidades, apropiadas y suficientes para brindar prestaciones de calidad con base en estándares definidos por la Autoridad Sanitaria Nacional.
2. Asegurar la calidad de la atención en las unidades contratadas, mediante la aplicación de instrumentos específicos que evalúen las condiciones técnicas, administrativas y de estructura, así como los resultados de la gestión de las unidades que se presenten al proceso de calificación.
3. Estimular la participación social integrando su visión y particularidades, mediante la inclusión progresiva de representantes locales de la comunidad en el proceso de calificación.
4. Asegurar la racionalidad y calidad del gasto de fondos públicos.
5. Evitar la discrecionalidad en la calificación y selección de prestadores.
6. Promover la mejora continua en la gestión administrativa-financiera y en la atención a los usuarios y a la comunidad.
7. Evaluar y monitorear de manera permanente la Red de Prestadores de Servicios de Salud, su comportamiento a través del tiempo y posicionamiento, para actualizar los mecanismos de selección y la calidad en la prestación de los servicios.
8. Estimular entre los servidores públicos y funcionarios del sector privado, una cultura de autocontrol y calidad en sus procesos.

2. ALCANCE

Será de cumplimiento y aplicación obligatoria para los financiadores / aseguradores de servicios de salud, así como a los prestadores públicos y privados en los diferentes niveles de complejidad.

El procedimiento se aplicará en lo pertinente a los servicios de salud que deban ser contratados en el ámbito nacional e internacional. Lo no aplicable se normará en documento específico.

La contratación de profesionales de salud bajo la modalidad de servicios profesionales por llamada, se realizará según la norma técnica específica establecida para tal fin por la Autoridad Sanitaria Nacional.

La contratación de servicios de transporte prehospitalario terrestre, acuático y aéreo-medicalizado, se realizará según la norma técnica específica establecida para tal fin por la Autoridad Sanitaria Nacional.

3. DEFINICIONES

ACCESIBILIDAD: Se habla de accesibilidad de la atención cuando es fácil de iniciarse y de mantenerse. Esta depende de los proveedores que la hacen más o menos fácil de alcanzar y de usar, de la mayor o menor dificultad de alcanzar y de usar los servicios brindados por un prestador, pero también depende de la habilidad de los clientes potenciales para vencer los obstáculos financieros, espaciales, sociales y psicológicos que se interponen entre ellos y la recepción de la atención. (7)

ASEGURAMIENTO: Consiste en la garantía de cobertura de los servicios de salud y el acceso a los mismos. (8)

ASEGURADOR/FINANCIADOR: Entidad pública o privada que administra los fondos destinados a solventar el costo de las prestaciones de salud. (8)

ATENCIÓN DE SALUD: La atención de salud se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario, a la familia y la comunidad, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. (7)

AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA FACTURACIÓN DE LAS CUENTAS MÉDICAS: Es la evaluación sistemática de la presentación, recibo, pertinencia y costos de las cuentas médicas, que se deben recibir o presentar en un proceso de atención. El proceso debe garantizar la pertinencia de los procedimientos realizados a un usuario y la racionalidad de lo facturado con los costos y tarifas aprobadas. Es una actividad fundamental que respalda el pago que un prestador recibe por un servicio de salud.

CALIFICACIÓN: Proceso formal por el que la Autoridad Sanitaria Nacional evalúa, califica y selecciona un prestador de servicios, reconoce que un prestador de salud cumple con los estándares preestablecidos, luego de una evaluación local y periódica, realizada por una Comisión especializada, con una validez de hasta dos años. Requisito indispensable para la contratación del prestador.

CARTERA DE SERVICIOS: oferta real disponible de un establecimiento de salud, detallada por el proceso de producción, en función del usuario final.(9)

CERTIFICADO DE CALIFICACIÓN: documento emitido por la Autoridad Sanitaria Nacional una vez se realice la calificación de una entidad de salud, de acuerdo con el informe técnico.

CONVENIO: Pacto escrito entre las partes que se obligan sobre materia o cosa determinada, y a cuyo cumplimiento pueden ser compelidas. (10)

EMERGENCIA: Es la alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad calificados a través de un sistema estandarizado de triaje, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras. (11)

ENFERMEDAD CATASTRÓFICA: Es aquella que cumple con las siguientes características:

- a) Que implique un alto riesgo para la vida de la persona;
- b) Que sea una enfermedad crónica y por lo tanto que su atención no sea emergente; y,
- c) Que su tratamiento pueda ser programado o que el valor promedio de su tratamiento mensual sea mayor al determinado en el Acuerdo Ministerial de la Autoridad Sanitaria.” (12)

ENFERMEDADES RARAS Y HUÉRFANAS: Las enfermedades raras o huérfanas, incluidas las de origen genético, son aquellas enfermedades potencialmente mortales, o debilitantes a largo plazo, de baja prevalencia y de alta complejidad. (13)

FACTOR DE CONVERSIÓN: es el valor que, mediante una operación matemática, permite convertir las unidades de valor relativo en valores monetarios. (11)

FINANCIAMIENTO: Función de un sistema de la salud responsable de la movilización, la acumulación y la asignación de recursos para cubrir las necesidades de la salud de la población, ya sea individualmente o colectivamente, en el sistema de la salud (WHO, 2000b).

INSTRUCTIVO PARA LA VIABILIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN UNIDADES DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD Y EN LA RED PRIVADA (COMPLEMENTARIA) DE PRESTADORES SERVICIOS DE SALUD: Es el documento técnico que tiene por finalidad establecer, unificar y normar los procedimientos administrativos, a fin de cumplir lo expresamente dispuesto en las leyes vigentes sobre el tema, y facilitar el acceso de los usuarios a los servicios de salud que requieran por atención emergente o programada, mediante derivación, referencia y contra referencia entre unidades calificadas/acreditadas de la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria. (14)

PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD: Es todo establecimiento organizado para la prestación de los servicios de salud.

REGISTRO ÚNICO DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD DEL MSP: Es el registro organizado por niveles de complejidad, de aquellos prestadores evaluados y calificados por el MSP, que incluye fecha de la calificación, fecha para la renovación, resultado de la calificación, cartera de servicios, observaciones generales.

SERVICIOS DE SALUD: Es el conjunto de actividades y procesos que están destinados ofertar prestaciones de salud, de promoción, de prevención, de recuperación y/o rehabilitación en forma ambulatoria, domiciliaria o internamiento, son clasificados de acuerdo a la capacidad resolutive, niveles de atención y complejidad.(8)

CAMA HOSPITALARIA: Es el conjunto de recursos físicos, humanos, administrativos y de equipamiento, disponibles para el funcionamiento de una cama hospitalaria en la que se proporciona atención de un usuario durante un período mínimo de 24 horas (cama censable). (11) (15)

TARIFARIO DE PRESTACIONES PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: El tarifario es la herramienta que regula el reconocimiento económico de la prestación de servicios de salud, tanto institucional como profesional, proporcionados por instituciones públicas y privadas en el marco de la RPIS y RPC del Sistema Nacional de Salud. Es de aplicación obligatoria en todas las unidades prestadoras del Sistema Nacional de Salud, Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria (entidades con y sin fines de lucro), debidamente licenciadas/acreditadas para formar parte de la red de prestadores, en los diferentes niveles de atención y complejidad. Por lo tanto se constituye en el instrumento para compra y venta de servicios a nivel de instituciones públicas y entre éstas y las privadas. (11)

3.1. Simbología

ASN: Autoridad Sanitaria Nacional

IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

ISSFA: Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas

ISSPOL: Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional

MSP: Ministerio de Salud Pública

PPS: Programa de Protección Social

RISS: Red Integral de Servicios de Salud

RPC: Red Privada Complementaria

RPIS: Red Pública Integral de Salud

RUC: Registro Único de Contribuyentes

RUP: Registro Único de Proveedores

SRI: Servicio de Rentas Internas

4. DISPOSICIONES GENERALES

El presente documento reúne y norma los documentos y procedimientos, que se aplicarán para convocar, seleccionar, calificar, registrar, verificar y controlar el cumplimiento de los requisitos dispuestos por la Autoridad Sanitaria Nacional para evaluar la capacidad tecnológica resolutive, la suficiencia patrimonial y financiera y la capacidad técnico administrativa, necesarias para ingresar y permanecer en la Red de Prestadores de Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública. Es un proceso técnico que responde a un modelo de organización, financiamiento y de control público.

Se aplicarán de manera obligatoria tanto para los prestadores del sector Público, como los del Privado, que se relacionen con el MSP.

4.1. PRINCIPIOS DE GESTIÓN

Universalidad: se aplicará a todos los prestadores de servicios de salud que se relacionen con el MSP (Públicos y Privados) que deberán demostrar suficiencia en su capacidad resolutive, nivel científico y procesos administrativo- financieros.

Progresividad: en la aplicación del proceso, para lo que se generará un cronograma de calificación de prestadores, iniciando por aquellos que por su especialización, capacidad física y resolutive, reciban el mayor número de usuarios derivados o transferidos desde las unidades del MSP en el país.

Flexibilidad: para realizar mejoras, de acuerdo con la necesidad del usuario, avances de la ciencia, los cambios de las normas administrativas, de manera que exista una correcta relación entre los actores del proceso y se respalde la gestión de los funcionarios.

Unidad: será aplicado por los niveles desconcentrados, según disponga la Autoridad Sanitaria Nacional, de acuerdo con sus competencias y funciones y no puede ser modificado en su esencia, objetivos y alcance. Sin embargo, los niveles desconcentrados pueden solicitar a la Autoridad Sanitaria Nacional, la inclusión de estándares específicos en función de sus características propias de la zona, con el objeto de facilitar el proceso.

Capacitación: los funcionarios designados para ejecutar el proceso serán debidamente instruidos para la tarea y recibirán capacitación continua para garantizar su competencia técnica.

Imparcialidad y concurrencia: no podrán participar en el proceso funcionarios que tengan conflicto de intereses con los prestadores o con los propietarios/autoridades de los mismos. Para garantizar estas condiciones, los funcionarios firmarán una declaración de no incurrir en conflicto de intereses.

Confidencialidad: los resultados del proceso de evaluación solamente pueden ser comunicados al prestador evaluado y a la Autoridad Sanitaria Nacional. En ningún caso pueden ser publicitados o ponerse a conocimiento público.

5. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

5.1. Del proceso de calificación

- a. La calificación estará a cargo del Ministerio de Salud Pública, a través de la Dirección de Calidad del MSP, o quién realice sus funciones, en coordinación con la Dirección Nacional de Articulación del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública. Esta calificación la realizarán equipos multidisciplinarios, previamente instruidos y certificados, se ejecutará de manera desconcentrada con el apoyo de los equipos locales de las dos instancias encargadas y su actividad estará sujeta al control de la Autoridad Sanitaria Nacional a través de los niveles administrativos correspondientes.
- b. En el Manual de Calificación de Prestadores de Servicios de Salud se identificarán los atributos del proceso evaluado, los criterios a cumplir clasificados en macroprocesos, los cuales serán de aplicación diferenciada según la capacidad resolutoria del establecimiento de salud y su nivel de complejidad, considerando las diferencias estructurales y organizacionales según la especialización de los servicios de salud.
- c. Este proceso de calificación se aplicará a todo tipo de servicio de salud, utilizando la norma según la especificidad de cada servicio:
 - Servicios hospitalarios: ambulatorios, emergencia y hospitalización.
 - Servicios de rehabilitación.
 - Servicios de habilitación.
 - Servicios de diálisis y hemodiálisis.
 - Servicios de salud bucal (odontología y sus especialidades).
 - Servicios de ayudas de diagnóstico y tratamiento ambulatorio (centros de diagnóstico y tratamiento).
 - Servicio Prehospitalario
 - Prestadores especializados y de especialidades de tercer nivel.
- d. El proceso de calificación se llevará a cabo con absoluto respeto, imparcialidad, transparencia y confidencialidad para los solicitantes.
- e. Los estándares del proceso serán los señalados en el Manual de Calificación de Prestadores de Servicios de Salud.

f. Hasta que el Ministerio de Salud Pública elabore y emita el respectivo Manual de Calificación, se procederá al uso de instrumentos vigentes de la siguiente forma:

- Aplicando lo señalado en la primera disposición transitoria del Instructivo 001-2012 para la Viabilidad de la Atención en Unidades de Salud de la Red Pública Integral de Salud, en que dice: *“Mientras el MSP completa el proceso de licenciamiento de las unidades de salud e inicia el sistema de licenciamiento, calificación, certificación y acreditación, se aceptará como válida la calificación realizada por IESS o ISSFA, por lo que las unidades calificadas por tales Instituciones son aceptadas para atender los pacientes de la RPIS.”*
- Para la calificación de prestadores no acreditados o calificados por el IESS o ISSFA, se aplicará la norma técnica que para el fin tiene vigente el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.
- Una vez aprobado el Manual de Calificación de Prestadores del MSP, se lo aplicará progresivamente a todos los prestadores de servicios de salud que se encuentren formando parte de la Red del MSP, o que requieran su ingreso.

5.2. De los aspectos a evaluarse en la calificación

- a. Capacidad técnica y resolutive: Evalúa requisitos de estructura, procesos y resultados que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales, por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.
- b. Capacidad administrativa: Evalúa el desarrollo e implementación efectiva de procesos gerenciales que responden a las leyes del país en los ámbitos tributario, financiero, administrativo y laboral, que garantizan la buena administración y el respeto a las normas vigentes y demuestren buenas prácticas de gestión.
- c. Capacidad financiera: En lo financiero se evaluará el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de la institución, los indicadores financieros pertinentes, la transparencia en la gestión, la capacidad de mantener el funcionamiento de la organización y la sostenibilidad de la empresa.

5.3. De las comisiones evaluadoras zonales

5.3.1 Conformación de las comisiones

- a. Responsable de la Dirección de Calidad a nivel zonal

- b. Responsable de Unidad de Control Técnico Médico a nivel zonal
- c. Delegado de la Dirección Administrativa Financiera zonal
- d. Director Médico de la Unidad de Salud del MSP de mayor nivel de complejidad de la Zona o su delegado.

5.3.2 Responsabilidades de las comisiones

- a. Convocar, posesionar y organizar los equipos de evaluación.
- b. Establecer el cronograma de calificación y enviarlo a la Dirección Nacional de Articulación del MSP, o quién haga sus funciones, para su validación.
- c. Cumplir con la normativa legal vigente en las entidades de control y supervisión del sector público.
- d. Conocer y resolver los informes presentados por los equipos de evaluación.
- e. En ningún caso, los funcionarios podrán emitir comentarios o informar sobre resultados preliminares a persona alguna del establecimiento de salud.
- f. Enviar los informes a la Dirección Nacional de Articulación y a la Dirección de Calidad del MSP, o quienes hagan sus funciones, para los trámites de la competencia de cada uno.

5.4. De los equipos evaluadores zonales

5.4.1 Conformación de los equipos

- a. Responsable de Dirección de Calidad a nivel zonal
- b. Responsable de la Unidad de control técnico médico a nivel zonal
- c. Delegado de la Dirección Administrativa Financiera zonal
- d. Delegados médicos especialistas (clínico, cirujano, pediatra, enfermera, etc.) según el nivel de complejidad de la unidad a evaluarse.
- e. Arquitecto o Ingeniero especialista en infraestructura sanitaria.

5.4.2 Responsabilidades de los equipos

- a. Cumplir estrictamente la norma vigente, aplicándola con imparcialidad y transparencia en el proceso de evaluación.
- b. Serán responsables de verificar y calificar los documentos habilitantes enviados por los prestadores.
- c. Evaluar y calificar en el sitio el cumplimiento de las condiciones requeridas para su ingreso en la Red de Prestadores de Servicios de Salud del MSP, en lo referente a la capacidad técnica resolutive, administrativa y financiera.
- d. En ningún caso, los evaluadores podrán emitir resultados preliminares a persona alguna del establecimiento de salud.
- e. Elaborar el informe de evaluación y enviarlo a conocimiento de la Comisión de Calificación de la Zona.

5.5. Del cronograma de evaluación

El cronograma para el proceso se debe establecer para el proceso de calificación de varios prestadores (ejemplo: la calificación de los prestadores de la RPC de una zona), como para cuando se requiera calificar un prestador en especial; comprenderá la definición de los tiempos desde el inicio del proceso hasta su culminación.

5.6. Del proceso de evaluación

Los requerimientos, cualquiera sea la forma de iniciación del proceso, se dirigirá por el respectivo órgano regular y con el visto bueno de la respectiva autoridad competente según sea el caso (zonal, distrital).

El inicio el proceso puede darse por solicitud de cualquiera de las siguientes instancias:

a. Por solicitud de una unidad de salud del MSP

Que exprese tal necesidad por:

- Insuficiente capacidad resolutive.
- Saturación de servicios por la demanda atendida.
- Situación geográfica a prestadores de servicios de mayor complejidad y capacidad resolutive del MSP

b. Por requerimiento de la Autoridad Sanitaria de la Zona

Que exprese tal necesidad por

- Insuficiente capacidad resolutive.
- Saturación de servicios por la demanda atendida.
- Situación geográfica a prestadores de servicios de mayor complejidad y capacidad resolutive del MSP

c. Por pedido de la comunidad organizada que demuestre la necesidad por las causas expresadas en los numerales anteriores.

d. Por pedido de la Dirección Nacional de Articulación del MSP, o quien haga sus funciones, fundamentado en los informes de los técnicos de las Zonas.

e. Por solicitud del prestador de servicios de salud para ser calificado e iniciar relacionamiento con el MSP

5.6.1 Determinación de necesidades o requerimientos

La realizará la Dirección Nacional de Articulación del MSP o la Coordinación Zonal a través de la Dirección Zonal de Gobernanza, con el informe de su Unidad Gestión de Red Zonal, la Unidad de Control Técnico Médico Zonal, o quienes hagan sus funciones; con base en la cartera de servicios que

efectivamente estén en capacidad de ofertar unidades de salud del MSP de la Zona.

5.6.2 Convocatoria

La realizará la Coordinación Zonal, a través de la Dirección Zonal de Gobernanza, utilizando los medios de comunicación masiva y según lo dispuesto en la normativa vigente para el tema.

5.6.3 Solicitud de inscripción

Los prestadores de servicios de salud que se encuentren brindando servicios de salud al MSP, deberán solicitar la inscripción en el Registro de la Red de Prestadores de Servicios de Salud del MSP, como demostración de su interés y libre voluntad de participar en el proceso.

5.6.4 Requisitos para la inscripción

Los prestadores de servicios de salud deberán presentar los siguientes requisitos:

- a. Oficio de solicitud de calificación dirigido a la Dirección Zonal de Gobernanza, señalando los siguientes datos y documentos
- b. Tipo de establecimiento,
- c. Ubicación.
- d. Permiso de funcionamiento
- e. Cartera de servicios y capacidad de oferta al MSP.
- f. Dotación de equipos y capacidad instalada.
- g. Documento de constitución, debidamente inscrito, en los casos que corresponda.
- h. Nombramiento del representante legal del establecimiento de salud, debidamente inscrito, si es el caso.
- i. Copia Certificada del RUC.
- j. Copia Certificada del RUP.
- k. Certificado del SRI de estar al día en el cumplimiento de sus obligaciones tributarias.
- l. Certificado del INCOP de no constar en el Registro de proveedores fallidos y adjudicatarios incumplidos.
- m. Certificado del IESS de no estar incurso en mora patronal.

- n. Fotocopia del Títulos de Médicos, Enfermeras y Personal Técnico debidamente inscritos en la SENECYT y el Ministerio de Salud Pública.
- o. Certificado de licenciamiento (obligatorio a partir de que la Autoridad Sanitaria Nacional lo disponga oficialmente).
- p. Permiso del Ministerio de Energía para operación de servicios con fuente de radiaciones ionizantes (cuando el caso lo amerite).
- q. Contrato de servicios provistos por terceros.
- r. Estados Financieros auditados y presentados a la Superintendencia de Compañías (de ser el caso, RPC)

La solicitud incluirá la declaración juramentada y notariada sobre la legitimidad de los documentos presentados y la autorización para validarlos en la fuente de origen.

5.6.5 Registro de la solicitud de calificación

La recepción se realizará en cada zona, según los términos establecidos en la convocatoria.

Se proporcionará al representante del establecimiento, los requisitos e instrumentos de calificación a fin de darle a conocer los estándares de acuerdo al nivel de complejidad del establecimiento. Los estándares se describen en el Manual de Calificación de Prestadores de Servicios de Salud.

Se acordará con anticipación la fecha para realizar la inspección, momento, a partir del cual el establecimiento de salud se considera en proceso de calificación.

Los documentos habilitados para la calificación son:

- a. Manual de Calificación
- b. Registro de Inscripción al proceso

Si la documentación revisada no cumple con los criterios técnicos establecidos, esta se regresa al solicitante. Este retorno no podrá realizarse en más de dos ocasiones.

5.6.6 Autoevaluación de los prestadores

Fase inicial del proceso de calificación, en la cual los prestadores, hacen uso del Manual de Calificación de Prestadores de Servicios de Salud y realizan una evaluación interna para determinar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento, de manera que facilite a la organización superar sus deficiencias y poder avanzar a la segunda fase del proceso.

5.6.7 Recepción de documentos

La recepción de documentos se realizará en las Direcciones Zonales de Gobernanza. Se verificará con cada prestador los documentos presentados y se firmará conjuntamente en un documento de recepción del expediente, como constancia de la conformidad de las partes sobre lo revisado.

5.6.8 Apertura y calificación de documentos

Responsabilidad de la Comisión Calificadora que se apoyará en lo operativo con el equipo evaluador.

Se evaluará la existencia y la consistencia de la información documental presentada.

La falta de cualquier documento requerido elimina al prestador del proceso.

5.6.9 Preselección de prestadores

Serán preseleccionados los prestadores que hayan presentado todos los documentos requeridos para la calificación; únicamente estos prestadores serán considerados para la visita de evaluación en el sitio.

5.6.10 Evaluación en el sitio

La ejecutará el equipo evaluador de la zona, para lo que utilizará el Manual de Calificación de Prestadores del MSP, aplicándolo en una visita técnica al prestador. La visita debe ser comunicada con cinco días de anticipación, de manera que sea posible evaluar en su totalidad la institución, sus procesos y normas administrativas y técnicas, con las autoridades y los responsables de los procesos presentes validando la imparcialidad y transparencia de lo actuado por el Equipo.

La Dirección Zonal de Gobernanza se reserva el derecho de realizar en el sitio las auditorías técnicas, que considere necesarias para asegurar que las condiciones que permitieron la calificación e ingreso de una unidad de salud en la Red de Prestadores de Servicios de Salud del MSP continúan vigentes.

5.6.11 Componentes a evaluar para la calificación de prestadores de servicios de salud

a. Servicios Finales

- Servicios Ambulatorios (Consulta Externa)
- Emergencia
- Hospitalización (general y especializada)

b. Servicios Intermedios

- Esterilización
- Anestesia
- Quirófano
- Terapia y Cuidados intensivos

- Unidades de terapia especializadas (Hemocentro, Diálisis, etc.)
- Atención del nacimiento
- Farmacia
- Enfermería
- Rehabilitación
- Imagenología
- Laboratorio
- Otras ayudas de diagnóstico y tratamiento

c. Sistemas Técnico Administrativos

- Administración Hospitalaria
- Referencia y contrarreferencia
- Guías de atención
- Elaboración y manejo de la historia clínica
- Normas internas, guías y protocolos, buenas prácticas
- Sistema de Calidad
- Unidad de Gestión de Red.

d. Sistemas de Logística

- Servicio al cliente
- Alimentación
- Limpieza, control y eliminación de desechos
- Lavandería
- Seguridad Laboral
- Seguridad general y gestión de riesgos
- Acceso y circulación
- Provisión y autogeneración de Electricidad
- Provisión de agua y desagüe de aguas servidas

e. Servicios financieros

- Indicadores manejo y solvencia financiera

f. Investigación y Docencia

- Plan de capacitación anual del personal
- Docencia universitaria y no universitaria
- Procesos de Investigación
- Cumplimiento de la normativa para unidades docente asistenciales.

5.6.12 Selección final y presentación del informe técnico

La comisión evaluadora zonal elaborará el informe técnico basándose en el resultado de aplicar el instrumento de calificación establecido, dirigido a la Dirección Nacional de Articulación del MSP, o quien haga sus funciones, quien presentará a la Autoridad Sanitaria el informe final que contenga:

- a. Una matriz que refleje el cumplimiento de los documentos habilitantes.

- b. Una matriz de los principales hallazgos técnicos de las evaluaciones, si la evaluación corresponde a varias unidades de una misma localidad que provean el mismo servicio, se expresarán en tablas comparativas e incluirá, en ambos casos, la puntuación obtenida por cada prestador en los diferentes componentes evaluados.
- c. La opinión de la calificación, recomendando o no la realización de un convenio con el prestador evaluado;
- d. En caso de que la recomendación sea favorable, deberá presentar los acuerdos financieros a los que haya llegado la Dirección Nacional de Articulación del MSP, o quien haga sus funciones, con los prestadores calificados, procurando obtener las mejores tarifas para los servicios, considerando que el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud es el precio máximo a pagar por los servicios de salud.
- e. La certificación presupuestaria correspondiente.
- f. Para la calificación de prestadores de diálisis (hemodiálisis y diálisis peritoneal), centros de rehabilitación y servicios prehospitalarios, se aplicará la herramienta oficial de licenciamiento del MSP, observando los mismos principios generales que se utilizan para la calificación de los servicios hospitalarios.
- g. En ausencia de herramientas de licenciamiento de la Autoridad Sanitaria, y mientras son elaboradas y aprobadas, se utilizarán los instrumentos vigentes en las instituciones de la Seguridad Social.
- h. Para la calificación de instituciones que brindan servicios de salud que no pueden ser evaluadas con la presente norma técnica o con normas técnicas elaboradas por otras instancias de la RPIS, tales como servicios exclusivos de ayudas de diagnóstico y tratamiento especializados (imagen, laboratorio, etc.) se desarrollarán procesos específicos observando los mismos principios generales que se utilizan para la calificación de los servicios ambulatorios u hospitalarios.

5.6.13 Resultados de la evaluación

- a. Calificación con excelencia: Puntaje obtenido: 95-100%. El prestador de servicios de salud, puede ser contratado por el MSP, si lo considera necesario.
- b. Calificación provisional: Puntaje obtenido: 75-94%. El prestador puede ser contratado, siendo obligatorio que cumpla en un plazo no mayor de dieciocho meses las recomendaciones dadas por el equipo evaluador; en caso del incumplimiento de las recomendaciones, el MSP no podrá renovar el convenio.
- c. No calificación: Puntaje obtenido: inferior a 74%. El prestador no cumple con la entrega (total o parcial) de la documentación exigida en el proceso, o no alcanzó el puntaje mínimo requerido para ingresar en la Red de Prestadores de Servicios de Salud del MSP, en este caso no se realizará convenio alguno con el prestador.

La Dirección Nacional de Articulación del MSP, o quién haga sus funciones, enviará el informe de la calificación del prestador a la Subsecretaría Nacional de Vigilancia y Control de la Salud Pública para el respectivo trámite.

La calificación otorgada por la Autoridad Sanitaria Nacional tendrá una validez de tres años, salvo que exista un informe técnico de autoridad competente que requiera una nueva evaluación, por razones técnicas, administrativas, legales o financieras debidamente justificadas.

5.7. Del convenio

5.7.1 Autorización para la elaboración del convenio

La otorgará la Autoridad Sanitaria Nacional, con base en el informe técnico de la Dirección Nacional de Articulación del MSP, o quien haga sus funciones, una vez se hayan completado los procedimientos administrativos y legales que corresponda, según se estipula en el marco legal de la presente norma técnica.

5.7.2 Firma del convenio

El convenio deberá observar el marco constitucional y legal vigente para el sector salud, así como lo dispuesto en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud y el Instructivo para la Viabilidad de la RPIS y de la RPC y las normas de los Convenios Marcos previamente aprobados. Para este fin se utilizará el convenio tipo aprobado por la Autoridad Sanitaria Nacional.

5.7.3 Mecanismo de pago

El mecanismo de pago, la forma en que se organiza la compensación económica, normalmente monetaria, que recibirá el proveedor sanitario por la prestación de los servicios de salud, en el caso de la relación entre el MSP y los prestadores de servicios de salud (públicos y privados) es el pago por prestaciones brindadas, aplicando el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud y los procedimientos administrativos y de control dispuestos en el Instructivo para la Viabilidad de la Atención de los Pacientes en las Unidades de Salud de la RPIS y de la RPC, validados por la Auditoría de la Calidad de la facturación de las Cuentas Médicas que incluye:

- a. Revisión documental de los soportes administrativos.
- b. Revisión técnica de tarifas y de derechos
- c. Revisión de pertinencia técnica médica

En todos los casos de contratación de servicios de hemodiálisis y diálisis peritoneal, se aplicará el pago por paquetes mensuales que incluyan todos los procedimientos, medicamentos, insumos, suministros, dispositivos y honorarios médicos necesarios para la atención integral del paciente.

Para el pago se guardará concordancia con lo estipulado en el Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas, Normas de Control Interno y otras normas conexas señaladas en el marco legal de este instrumento.

Por lo expuesto en el párrafo anterior el modelo de relacionamiento entre el MSP y los prestadores calificados para formar parte de su red, es:

- a. Servicios hospitalarios (consulta externa, emergencia, hospitalización): contratación o convenio de prestaciones integrales o por prestación y su pago se puede realizar por prestaciones o por paquetes;
- b. Servicios de diálisis (peritoneal y hemodiálisis) se convendrán y pagarán por paquetes integrales que incluyen las atenciones que en un mes requiera el paciente según la prescripción médica;
- c. Servicios ambulatorios se convendrán y pagarán por prestación.

Para el proceso de admisión del paciente, generación de las planillas y facturación de los servicios brindados a los pacientes en las unidades de la RPIS y de la RPC, se observará lo dispuesto en el Tarifario Nacional de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud y en el Instructivo para la Viabilidad de Atención a los Pacientes en la RPIS y en la RPC vigente.

Para el pago de los servicios, el convenio contemplará la realización de la Auditoría de la Calidad de la Facturación de las Cuentas Médicas, que revisará y validará la pertinencia: administrativa, financiera y técnica médica de los servicios otorgados a los beneficiarios del MSP.

La revisión de las prestaciones hospitalarias (emergencia y hospitalización) y de prestaciones ambulatorias, será mensual y la de los servicios de diálisis y hemodiálisis, para facilitar los procesos administrativos, puede ser trimestral.

Los convenios serán elaborados en la Dirección Nacional de Asesoría Jurídica del MSP y los suscribirán la Autoridad Sanitaria y la máxima autoridad del prestador calificado.

Para la elaboración del convenio será obligatorio que la unidad de salud presente la declaración juramentada y notariada de que no cobrará más que el 10% por la gestión de administración de fármacos e insumos sobre el valor de compra institucional señalado por la Autoridad Sanitaria Nacional.

5.7.4 Informe del convenio a niveles descentralizados

La Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y Red, informará a los niveles desconcentrados (Zonas, Provincias, Circuitos, Distritos) y a las unidades de salud del MSP en las zonas, sobre los resultados del proceso de calificación y la firma de los respectivos convenios, así como su entrada en vigencia.

5.7.5 Difusión de la información a la comunidad

Estará a cargo de la Dirección Nacional de Comunicación del MSP.

5.8. De la asignación de prestadores

Los prestadores deberán estar incluidos en el Registro Único de Prestadores de Servicios de Salud.

Para la asignación de prestadores, se aplicará lo dispuesto en los Instructivos que para tal fin ha elaborado la Autoridad Sanitaria, siguiendo las siguientes condiciones generales:

5.8.1 Servicios de diálisis: hemodiálisis y diálisis peritoneal

- a. Cercanía al lugar de residencia si el paciente no trabaja.
- b. Cercanía al lugar de trabajo si el paciente labora.
- c. Disponibilidad de espacio físico en la unidad preseleccionada.
- d. En caso de existir dos o más proveedores que estén en igualdad de condiciones, se asignará un paciente por vez a cada proveedor cuidando de que esta asignación sea equitativa y no favorezca de ninguna manera a un prestador o grupo de prestadores.

5.8.2 Servicios hospitalarios: emergencia y hospitalización

- a. Disponibilidad para recibir al paciente atendiendo los criterios de triaje en casos de urgencia.
- b. En los casos programados se tomará en cuenta los informes de la auditoría médica de la zona, priorizando el envío de los pacientes a las unidades con mejores indicadores de calidad, como un mecanismo de incentivo a la implementación de acciones de mejora continua en los proveedores.
- c. En caso de existir dos o más proveedores que estén en igualdad de condiciones, se asignará un paciente por vez a cada proveedor cuidando que esta asignación sea equitativa y no favorezca de ninguna manera a un prestador o grupo de prestadores.

5.8.3 Servicios ambulatorios: consulta externa y procedimientos ambulatorios de diagnóstico y tratamiento

- a. Disponibilidad para recibir al paciente.
- b. Oportunidad de la atención de acuerdo a los criterios de tiempos óptimos.
- c. En caso de existir dos o más proveedores que estén en igualdad de condiciones, se asignará un paciente por vez a cada proveedor cuidando

de que esta asignación sea equitativa y no favorezca de ninguna manera a un prestador o grupo de prestadores.

5.9. De las responsabilidades de los actores

5.9.1 Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y Red Pública del MSP

- a. Desarrollar y mantener actualizado el Registro Único de la Red de Prestadores de Servicios de Salud del MSP.
- b. Revocar la calificación otorgada a un prestador, si se prueba inobservancia de cualquiera de las condiciones o requisitos previstos para su otorgamiento, respetando el debido proceso y el principio de la doble instancia.
- c. Mantener actualizado de acuerdo a la norma nacional vigente el “Manual de Calificación” para la evaluación de prestadores de servicios de salud.

5.9.2 Dirección Zonal de Gobernanza

- a. Establecer el cronograma de calificación de los prestadores de servicios de salud.
- b. Llevar a cabo, en coordinación con la Dirección de Calidad del MSP, el proceso de calificación de los prestadores de servicios de salud en todo el país.
- c. Presentar a la Autoridad Sanitaria el informe técnico de la evaluación, con todos los elementos de respaldo, con el objeto de obtener la autorización para la firma del respectivo convenio de prestación de servicios.

5.9.3 Coordinación Zonal de Salud

- a. Convocar a los prestadores de servicios de salud para participar en el proceso de selección y registro de la Red de Prestadores de Servicios del MSP.
- b. Entregar al prestador evaluado la calificación obtenida en la evaluación mediante una certificación.
- c. Administrar los convenios firmados con los prestadores de su respectiva zona.

5.10. De la Red de Prestadores de Servicios de Salud del MSP

- a. Presentar toda la documentación requerida en el proceso, de acuerdo con lo establecido en la respectiva norma.
- b. Respetar los acuerdos y convenios firmados respecto a la atención de las y los usuarios del MSP, así como en el mecanismo de pago y la auditoría de la calidad de la facturación de las cuentas médicas.
- c. Dar a los equipos de calificación las facilidades del caso para desarrollar sus actividades.
- d. Establecer un sistema para la garantía de la calidad de los procesos de atención a las y los usuarios, así como en la gestión de los procesos administrativos y financieros, conforme señala el Instructivo para la aplicación del modificador de calidad del Instructivo 001-2012. Este sistema será de implementación progresiva.

6. DISPOSICIONES TRANSITORIAS

- 6.1. Mientras se completa el desarrollo del Manual de Calificación de Prestadores de Servicios de Salud, se aplicará el aprobado y utilizado por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). Anexo 1 (Resolución) Anexo 2 (Instrumento)
- 6.2. En tanto se completa el desarrollo del Manual de Calificación de Prestadores de Servicios de Salud, la Dirección Nacional de Articulación del MSP, o quien haga sus funciones, realizará un informe técnico, mediante el cual solicite la realización del convenio de prestaciones de servicios de Salud con proveedores actuales, que cuenten con registro como prestadores calificados por el IESS o ISSFA.
- 6.3. A fin de garantizar la continuidad de las atenciones para las y los usuarios, y respetar el ejercicio de su derecho a la salud, se aceptará la calificación dada por IESS o , como habilitante para el pago de las prestaciones brindadas a los beneficiarios del MSP y que se hayan validado con el respectivo proceso de Auditoría de la Calidad de la Facturación de las Cuentas Médicas.
- 6.4. Los prestadores de servicios de salud deberán presentar, ante la autoridad sanitaria de la Zona la solicitud de Inscripción en el Registro Único de Prestadores de Servicios de Salud, en un plazo máximo de 180 días laborables de aprobada la presente norma técnica; caso contrario no podrá continuar brindando servicios al MSP.

MGS. Carina Vance Mafla
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

7. GLOSARIO

ACCESIBILIDAD

Se habla de accesibilidad de la atención cuando es fácil de iniciarse y de mantenerse. Esta depende de los proveedores que la hacen más o menos fácil de alcanzar y de usar, pero también depende de la habilidad de los clientes potenciales para vencer los obstáculos financieros, espaciales, sociales y psicológicos que se interponen entre ellos y la recepción de la atención. En acreditación es importante darle una dimensión adicional al término Acceso, ampliando su concepto a la capacidad de la organización de involucrar los derechos de los usuarios dentro de su sistema de direccionamiento político frente al paciente y su familia.

En resumen es la posibilidad que tienen los pacientes de ser atendidos efectivamente en los servicios de salud. Hay por lo menos tres tipos:

- material (distancia, transporte, horarios),
- económicas (costos de viaje, de los honorarios) y
- sociales o culturales (barreras por pautas culturales, del idioma, etc.) (7)

ACCESIBILIDAD CULTURAL:

Posibilidad de uso de un servicio, derivada por actitudes originadas en creencias o rasgos educacionales. (7)

ACCESIBILIDAD ECONÓMICA:

Posibilidad de uso de un servicio, derivada de la capacidad adquisitiva de la población frente a tarifas y precios de servicios. (7)

ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA:

Posibilidad de uso de un servicio de acuerdo a su ubicación física, cercana al demandante. (7)

ACCESIBILIDAD ORGANIZATIVA:

Posibilidades de uso de un servicio, derivadas de disposiciones de índole operativo como ser el horario de atención, localización de especialistas, operatividad de equipos, etc. (7)

ALOJAMIENTO CONJUNTO: Es la modalidad que involucra los procesos de atención del recién nacido normal, en la misma habitación de la madre. (11)

AMBULANCIA: Unidad móvil aérea, marítima o terrestre, destinada al traslado de pacientes. (11)

ACREDITACIÓN: Es un proceso FORMAL y voluntario que conlleva al mejoramiento continuo de las organizaciones. Implica la búsqueda de estándares factibles OPTIMOS que son preestablecidos y conocidos. Es realizada generalmente por un organismo con reconocimiento, usualmente no gubernamental, en el cual pares evalúan que la organización de salud cumpla con los estándares determinados.

Se caracteriza por:

Proceso voluntario

Periódico

De evaluación bajo estándares óptimos

Confidencialidad

Es parte de un proceso de mejoramiento de la calidad (16)

ACEPTABILIDAD: Conformidad de pacientes y familiares con las expectativas que tenían sobre la atención médica solicitada y obtenida.(17)

Aspecto relacionado con la satisfacción de los usuarios que tiene mucho que ver con aspectos culturales, sociales, económicos, respecto de la valoración que estos realizan acerca del costo, la calidad, la seguridad, la actitud del proveedor.

AFILIADO: Designa a la persona moral o física que se inscribe o es inscrita en un seguro de salud, público o privado, voluntario o obligatorio. A veces se les denomina como “adherente”, “derechohabiente”, “titular” o “miembro”. En algunos sistemas de seguro se distingue entre “afiliados” o “titulares”, quienes ostentan primariamente los derechos de cobertura, y “beneficiarios”, quienes suelen ser familiares en primer grado de los anteriores y son cubiertos en tanto el “afiliado” o “titular” mantiene su condición de tal. Los “beneficiarios” no siempre reciben el mismo conjunto de prestaciones que el titular. (19)

ATENCIÓN DE EMERGENCIA: Es un proceso de cuidados de salud indispensables e inmediatos a personas que presentan una emergencia que comprende la organización de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad, previamente definido por el Ministerio de Salud Pública, para esa Unidad. Todas las entidades o establecimientos públicos o privados, que dispongan del servicio de emergencias, atenderán obligatoriamente estos casos, sin discriminación de raza, religión, condición social u otras causas ajenas a su razón de servicio. (11)

ATENCIÓN DE EMERGENCIA DE TIPO PREHOSPITALARIO: Es el proceso de cuidados de salud que requieren de un conjunto de recursos técnicos como equipamiento de cuidado intensivo, instrumental, materiales, equipo de radio y de recursos humanos capacitados en el manejo de emergencias los mismos que deberán estar disponibles para desplazarse en forma oportuna al lugar de ocurrencia de una emergencia, prestar la atención inicial por cualquier afección, mantener estabilizado el paciente durante su traslado a un Centro Hospitalario y a orientar respecto de las conductas provisionales que se deben asumir mientras se produce el contacto. (11)

CAMA: Es aquella instalada para el uso exclusivo de los pacientes internados durante las 24 horas, se incluyen las incubadoras. Se excluyen las camas de trabajo de parto, de recuperación post-quirúrgica, de hidratación que se usen sólo para este fin, las de observación, las cunas complemento de la cama obstétrica, las localizadas en los servicios de rayos X, Banco de Sangre, Laboratorio Clínico y las de acompañante. (11)

CARENCIA (PERÍODO DE): Período mínimo de cotización exigido, entre otros requisitos, para tener derecho a alguna prestación de la Seguridad Social. Suele ser habitual que las prestaciones derivadas de una contingencia profesional (accidente laboral o enfermedad profesional) o de un accidente común, no queden subordinadas a períodos de carencia.

CERTIFICACIÓN: Proceso mediante el cual un cuerpo autorizado, ya sea un organismo gubernamental o no gubernamental, evalúa y reconoce que una persona o cumple con unos criterios preestablecidos. En salud es más conocida la certificación de profesionales como especialistas, en el cual el colegio profesional, sociedad o grupo de especialistas certifican que el profesional tiene capacidades mayores que las que permitieron su incorporación profesional y cumple con los requisitos suficientes para actuar.

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Proceso gradual que tiene lugar en el seno de la relación Médico-Paciente o relación Padres - Hijos – Médico, en virtud del cual el sujeto competente y capaz recibe del médico, en forma adecuada, información suficiente y no sesgada, en términos comprensibles, que le permite decidir voluntaria y libremente sobre la aprobación y aceptación o no de los procedimientos médicos que se aconsejan. (16)

Es el consentimiento otorgado por una persona responsable de ella misma, para participar en un tratamiento, investigación, programa de inmunización, régimen, etc., tras haber sido informada del propósito, métodos, procedimientos, ventajas y riesgos inherentes. Este último factor es fundamental para que un sujeto otorgue su consentimiento informado.

En concreto: Información técnica, formal, clara y suficiente brindada por los profesionales tratantes a los pacientes para tomar decisiones compartidas sobre procedimientos y terapéuticas que suponen un riesgo más alto que el habitual.

CONTINUIDAD: Componente de la calidad de la asistencia al paciente que consiste en la coordinación de la asistencia misma necesaria entre diferentes médicos y centros sanitarios y a lo largo del tiempo. (8)

ENCUESTA: Estudio que se realiza en base a una muestra poblacional de características y número especiales que permite tomar conocimiento de los hechos en un momento determinado y en una población específica. (16)

EFFECTIVIDAD Y CALIDAD: Implica que los ciudadanos reciben servicios de salud oportunos, resolutivos, seguros (calidad técnica) en condiciones materiales y éticas adecuadas (calidad percibida). (16)

EFICIENCIA: Resulta de la relación entre resultados obtenidos y costos de los recursos empleados; los recursos son empleados eficientemente cuando una unidad de producto es obtenida a mínimo costo; o cuando, con un costo dado, se obtienen más unidades de producto. (16)

EQUIDAD: En el estado de salud, implica favorecer la disminución de las diferencias evitables e injustas al mínimo posible;

En los servicios de salud, implica recibir atención en función de la necesidad (equidad de cobertura, acceso y uso) y contribuir en función de la capacidad de pago (equidad financiera).

FINANCIADOR: Entidad pública o privada que administra los fondos destinados a solventar el costo de las prestaciones de salud. (18)

GUÍAS CLÍNICAS (Clinical Guidelines): Compilación de datos, opciones e instrucciones disponibles con relación a cuadros clínicos que pueden presentar los pacientes, que orientan en la modalidad de acción más adecuada y con mayores evidencias científicas. (15)

Constituye una orientación y no una modalidad de cumplimiento obligatorio. Se acompañan en general de protocolos terapéuticos. Las guías de manejo clínico basadas en evidencia científica son recomendaciones desarrolladas de manera sistemática que buscan ayudar al médico y al paciente en decisiones sobre el cuidado apropiado en salud en circunstancias clínicas específicas. Las guías de manejo clínico han sido promovidas como una estrategia para apoyar las decisiones clínicas, buscando mejorar la efectividad y optimizar costos de los servicios de salud.

Promueven una apreciación más explícita de los determinantes de la toma de decisiones clínicas y facilitan la estandarización y evaluación de la calidad de la práctica médica mediante parámetros confiables y científicamente sólidos.

HISTORIA CLÍNICA: La Organización Mundial de la Salud, define a la historia clínica (HC) como el registro escrito y organizado de las actividades desarrolladas durante el proceso de la atención brindada a una persona, sus alteraciones y evolución de los tratamientos recibidos dentro de una misma Clínica de salud, a través de toda la vida. La Historia Clínica debe registrar las atenciones por enfermedad y por fomento de la salud.

En otras palabras, la Historia Clínica es un conjunto de formularios narrativos, gráficos y de ambos estilos en los cuales se registran de manera detallada y ordenada las observaciones y hallazgos relacionados con la salud de una persona. Estos registros constituyen la base para la toma de decisiones médicas en el tratamiento de los problemas de salud y justifican la evaluación y resultados del tratamiento aplicado. Sus características básicas son: Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica, Disponibilidad, Oportunidad, Confidencialidad (15)

INTEGRALIDAD: Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general de las condiciones de vida de toda la población. Papel de coordinación de una organización para que un paciente use una serie de prestadores cuyo trabajo en conjunto sea complementario dentro de un mismo proceso de atención en un punto del tiempo o a lo largo del mismo. (16)

IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Entidad encargada de la administración y provisión de los recursos y prestaciones de la seguridad social de los ecuatorianos y ecuatorianas con relación de dependencia laboral o afiliados voluntariamente, según la norma vigente. EL IESS también administra el Seguro Social Campesino. (20)

ISSFA: Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas. Entidad autónoma responsable de administrar los recursos y seguros del contingente militar. (21)

ISSPOL: Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional. Entidad que administra los seguros de retiro (vejez) e invalidez, además de servicios sociales específicos. La cesantía (figura de seguro de desempleo) se gestiona en un sistema cooperativo independiente del ISSPOL; de igual manera, el seguro de salud tiene únicamente una figura de receptor de recursos que son enviados a la Dirección Nacional de Salud que los entrega vía presupuesto a sus unidades de salud. (22)

LICENCIAMIENTO: Proceso de evaluación mediante el cual una entidad, generalmente gubernamental, otorga el permiso a un médico o a una organización, para prestar servicios de salud. Tiene las siguientes características básicas:

Es oficial

Es obligatorio

Responde al cumplimiento de estándares mínimos

Requiere renovación periódica

El cumplimiento del licenciamiento permite funcionamiento

Se hace la evaluación para asegurar el cumplimiento de los estándares mínimos, para proteger la salud de los usuarios y la seguridad pública. (16)

MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA: Es un proceso que consiste en la incorporación de la mejor demostración científica para tomar las mejores medidas de acción. Para que esto se cumpla se debe recurrir a la información actualizada y apropiada a través de la búsqueda bibliográfica siguiendo una determinada estrategia. La bibliografía encontrada debe ser calificada críticamente sobre la base de criterios de validez y utilidad. (16)

PAGO DIRECTO: Mecanismo de financiación del sistema, condiciona la prestación en salud a la capacidad de pago del paciente, generando una mayor inequidad en el sistema (suelen pagar proporcionalmente más los más pobres, con relación a sus ingresos). (18)

PARTICIPACIÓN SOCIAL: Se refiere a los procedimientos disponibles para que la población general y los distintos agentes influyan en la planificación, gestión, provisión y evaluación de los sistemas y servicios de salud, y a los resultados de dicha influencia.

PERTINENCIA: Calidad de lo que exactamente conviene o corresponde al objetivo que se trate. (8)

RECLAMO: Requerimiento presentado solicitando aclaración. Verificación o mayor información sobre un tema específico. (16)

REDES: Tipo de organización operativa que permite prestar determinados servicios de manera complementaria o de manera integral en distintos centros de atención. Ej: Red de Hospitales, Red de Consultorios, etc.

RIESGO MORAL: Es el fenómeno según el cual los beneficiarios de un sistema tienen una tendencia a consumir de manera abusiva, o más que de costumbre, los servicios propuestos, de modo de “rentabilizar” al máximo las cotizaciones pagadas. Para

algunos autores, el riesgo moral, se refiere también a los abusos en la prescripción por parte de los proveedores de asistencia médica. (18)

REGULACIÓN: Función que ajusta la gestión de un sistema a determinados fines, estableciendo las reglas o normas a las que debe ceñirse. (7)

RECTORÍA: Función que orienta a un sistema, de manera que su desempeño sea óptimo. (7)

SATISFACCIÓN DE LOS USUARIO: Bienestar de los pacientes frente al nivel técnico de la atención, las características de la interacción social con el personal de salud y las condiciones del espacio en el que se brinda la atención. Se incluyen dimensiones ambientales, institucionales, la forma de pago y el costo de la atención recibida. El núcleo central de la valoración termina residiendo en la satisfacción que se genera en una interacción social, en la integralidad del trato personal. (17)

SELECCION ADVERSA: Problema derivado de la imposibilidad de un asegurador de distinguir entre los individuos que presentan un alto riesgo y los que presentan un bajo riesgo. En este caso la prima del seguro refleja el nivel del riesgo medio, lo cual induce a los individuos de bajo riesgo a no participar y hace subir el precio del seguro aún más, hasta que los mercados de seguros dejan de funcionar. (18)

SEGURIDAD: Consiste en lograr el mejor equilibrio posible entre los riesgos y los posibles beneficios que se derivan de los servicios prestados. Esta dimensión involucra el control de los riesgos de la atención para el usuario y para terceros. (7)

SEGURO: Sistema de cobertura de riesgos o eventos inciertos mediante la distribución previa entre un cierto número de personas de los costos resultantes de estos riesgos. La participación es voluntaria y la parte interesada debe satisfacer ciertos requisitos para asociarse y pagar una cantidad de dinero (la "prima") para tener derecho a los beneficios ofrecidos. (18)

SOSTENIBILIDAD: La capacidad de satisfacer las necesidades del presente sin comprometer la capacidad de satisfacer las necesidades futuras (WHO 1998a). Implicando tanto la dimensión social como la financiera se define como la capacidad del sistema de resolver sus problemas actuales de legitimidad y financiamiento así como los retos de mantenimiento y desarrollo futuros.

Consecuentemente, incluye la aceptación y apoyo social y la disponibilidad de los recursos necesarios. Otra definición similar pero más breve: "La capacidad de un sistema de salud de funcionar de forma efectiva a lo largo del tiempo con el mínimo de ayuda externa. (23)

UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO: Es el servicio destinado a pacientes críticos, con complicaciones no derivadas de un acto quirúrgico, que con excepción de la asistencia ventilatoria, se les brinda la misma atención que en la Unidad de Cuidado Intensivo bajo el cuidado del médico intensivista en la medida que el caso lo requiera. (11)

UNIDADES DE VALOR RELATIVO: Es un arancel o unidades relativas de valor, que le asigna un puntaje a cada procedimiento médico por el reconocimiento de los servicios profesionales y hospitalarios, dentro de un marco de organización que considera codificación numérica y descripción de procedimientos y servicios. (11)

TRIAGE: Sistema de clasificación de gravedad de los usuarios en los servicios de emergencia, el cual determina la urgencia de la prestación del servicio, al igual que los recursos (11).

8. BIBLIOGRAFÍA

1. **Asamblea Constituyente del año 2008 en Montecristi.** Constitución de la República del Ecuador (Montecristi-Manabí): s.n., 2008.
2. **Secretaría Nacional de Planificación.** Plan Nacional del Buen Vivir. Noviembre 5 2009
3. **Convenio Marco Interinstitucional** entre el Ministerio de Salud Pública, Ministerio del Interior, Ministerio de Defensa, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional para integra la Red Pública Integral de Salud.
4. **Ley Orgánica de Salud.** Ley 67, Registro Oficial Suplemento 423 de 22 de Diciembre del 2006.
5. **Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública.** Registro Oficial 395 de 27 de Julio de 2008.
6. **Reglamento a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública.** 30 de Abril de 2009.
7. **DONABEDIAN, Avedis.** La calidad de la atención médica. Definición y Métodos de Evaluación, México. La Prensa Médica Mexicana, 1991.
8. **ALVAREZ NEBREDA, Carlos.** Glosario de términos para la administración y gestión de los servicios de sanitarios. Díaz de Santos, Madrid 1998.
9. **Víctor Amaury Symental Franco.** Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto Jurídico de la Universidad Autónoma de México. Revista de Derecho Privado, nueva época, año VII, núm. 21-22, septiembre 2008- abril 2009, pp. 99-123.
10. **Ministerio de Salud Pública.** Lineamientos operativos del Modelo de Atención Integral de Salud y construcción de redes. 2013
11. **Registro Oficial, Edición Especial No 289,** TARIFARIO DE PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 24 de mayo de 2012.
12. Acta No CT-02-2009, Manual Operativo RPS del 7 de mayo de 2009
13. **Acuerdo Ministerial No 00001829,** “Emitir los criterios de inclusión de enfermedades consideradas catastróficas, raras y huérfanas para beneficiarios del bono Joaquín Gallegos Lara”, del 6 de septiembre de 2012
14. Red Pública Integral de Salud (RPIS), INSTRUCTIVO 001-2012, “PARA LA VIABILIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN UNIDADES DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD (RPIS) Y EN LA RED PRIVADA COMPLEMENTARIA (RPC) DE PRESTADORES SERVICIOS DE SALUD”, de mayo de 2012.

15. **Organización Panamericana de la Salud.** Registros de Salud e Historia Clínica. Serie Paltex. 1991.
16. Centro de Gestión Hospitalaria, Glosario. www.cgh.org.co/recursos/glosario.
17. Sociedad Argentina para la Calidad en Salud, Glosario de Calidad en Salud. 2002
18. RUBIO, Santiago. Glosario de Economía de la Salud. OPS. Serie Paltex. Díaz de Santos, 1995.
19. **Díaz, Sonia.** Diseño Básico del Sistema de Gestión, Aseguramiento y Provisión de Salud. Documento de consultoría para el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social 2009.
20. Ley de Seguridad Social, Ecuador, 13 de noviembre de 2001
21. Ley de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, Ecuador, 30 de julio de 1992
22. Ley de Seguridad Social de la Policía Nacional, Ecuador, 7 de agosto de 1995
23. **Lanfond, A.** «Sustaining primary health care». Save The Children Fund, Earthscan Pub. Ltd. London. 1995.
24. **Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.** Reglamento para la Acreditación de Prestadores de Salud. 2009.
25. **Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas.** Directiva No. 1 para la calificación de unidades particulares de salud. 1998
26. **Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas.** Directiva No. 2 para la calificación de unidades particulares de salud. 2006.
27. **Ministerio de Salud Pública del Perú.** Norma Técnica para la Acreditación de Servicios de Salud.
28. **Ministerio de Protección Social de Colombia.** Decreto 2309. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. 2002.
29. **MOLINA R, PINTO M, HENDERSON P, VIEIRA C.** Gasto y financiamiento en salud: Situación y tendencias. Rev. Panamericana de Salud Pública/Pan Am J Public Health 8(1/2), 2000.
30. **MALANGÓN G., GALÁN MORERA R., PONTÓN G.** Auditoría en Salud para una Gestión Eficiente. Ed. Panamericana. Bogotá. 2004.
31. **CHIRIBOGA, Rubén, PAUCAR, Monserrat, PONCE, Roberto, DÍAZ, Sonia.** Instrumentos técnicos para la evaluación de los recursos de los servicios de salud. Quito, Ecuador, 2009.
32. **Organización panamericana de la Salud.** Agenda de Salud para las Américas 2008–2017

33. **TELYUKOV A, NOVAK K, BROSS C.** Alternativas de pago a los proveedores para América Latina. USAID. 2001. Publicación producida por Partnerships for Health Reform con el apoyo de USAID.
34. **GUTIÉRREZ Catalina, MOLINA Carlos, WÜLLNER Andrea.** Las formas de contratación entre prestadoras y administradoras de salud, sus perspectivas en el nuevo marco de la Seguridad Social. FEDESARROLLO, Bogotá 1996.
35. **Contraloría General del Estado.** NORMAS DE CONTROL INTERNO PARA LAS ENTIDADES, ORGANISMOS DEL SECTOR PÚBLICO Y DE LAS PERSONAS JURÍDICAS DE DERECHO PRIVADO QUE DISPONGAN DE RECURSOS PÚBLICOS.

9. APÉNDICES

9.1. Base Legal

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

Art. 3.- Son deberes primordiales del Estado:

1. Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes.

Art. 9.- Las personas extranjeras que se encuentren en el territorio ecuatoriano tendrán los mismos derechos y deberes que las ecuatorianas, de acuerdo con la Constitución.

Art. 10.- Las personas, comunidades, pueblos, nacionalidades y colectivos son titulares y gozarán de los derechos garantizados en la Constitución y en los instrumentos internacionales.

La naturaleza será sujeto de aquellos derechos que le reconozca la Constitución.

Art. 11.- El ejercicio de los derechos se regirá por los siguientes principios:

3. Los derechos y garantías establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales de derechos humanos serán de directa e inmediata aplicación por y ante cualquier servidora o servidor público, administrativo o judicial, de oficio o a petición de parte.

Para el ejercicio de los derechos y las garantías constitucionales no se exigirán condiciones o requisitos que no estén establecidos en la Constitución o la ley.

Los derechos serán plenamente justiciables. No podrá alegarse falta de norma jurídica para justificar su violación o desconocimiento, para desechar la acción por esos hechos ni para negar su reconocimiento.

4. Ninguna norma jurídica podrá restringir el contenido de los derechos ni de las garantías constitucionales.

5. En materia de derechos y garantías constitucionales, las servidoras y servidores públicos, administrativos o judiciales, deberán aplicar la norma y la interpretación que más favorezcan su efectiva vigencia.

8. El contenido de los derechos se desarrollará de manera progresiva a través de las normas, la jurisprudencia y las políticas públicas. El Estado generará y garantizará las condiciones necesarias para su pleno reconocimiento y ejercicio.

Será inconstitucional cualquier acción u omisión de carácter regresivo que disminuya, menoscabe o anule injustificadamente el ejercicio de los derechos.

9. El más alto deber del Estado consiste en respetar y hacer respetar los derechos garantizados en la Constitución.

El Estado, sus delegatarios, concesionarios y toda persona que actúe en ejercicio de una potestad pública, estarán obligados a reparar las violaciones a los derechos de los particulares por la falta o deficiencia en la prestación de los servicios públicos, o por las acciones u omisiones de sus funcionarias y funcionarios, y empleadas y empleados públicos en el desempeño de sus cargos.

23. El Estado ejercerá de forma inmediata el derecho de repetición en contra de las personas responsables del daño producido, sin perjuicio de las responsabilidades civiles, penales y administrativas.

El Estado será responsable por detención arbitraria, error judicial, retardo injustificado o inadecuada administración de justicia, violación del derecho a la tutela judicial efectiva, y por las violaciones de los principios y reglas del debido proceso.

Cuando una sentencia condenatoria sea reformada o revocada, el Estado reparará a la persona que haya sufrido pena como resultado de tal sentencia y, declarada la responsabilidad por tales actos de servidoras o servidores públicos, administrativos o judiciales, se repetirá en contra de ellos.

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Art. 50.- El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente.

Art. 53.- Las empresas, instituciones y organismos que presten servicios públicos deberán incorporar sistemas de medición de satisfacción de las personas usuarias y consumidoras, y poner en práctica sistemas de atención y reparación.

El Estado responderá civilmente por los daños y perjuicios causados a las personas por negligencia y descuido en la atención de los servicios públicos que estén a su cargo, y por la carencia de servicios que hayan sido pagados.

Art. 54.- Las personas o entidades que presten servicios públicos o que produzcan o comercialicen bienes de consumo, serán responsables civil y penalmente por la deficiente prestación del servicio, por la calidad defectuosa del producto, o cuando sus condiciones no estén de acuerdo con la publicidad efectuada o con la descripción que incorpore.

Las personas serán responsables por la mala práctica en el ejercicio de su profesión, arte u oficio, en especial aquella que ponga en riesgo la integridad o la vida de las personas.

Art. 85.- La formulación, ejecución, evaluación y control de las políticas públicas y servicios públicos que garanticen los derechos reconocidos por la Constitución, se regularán de acuerdo con las siguientes disposiciones:

1. Las políticas públicas y la prestación de bienes y servicios públicos se orientarán a hacer efectivos el buen vivir y todos los derechos, y se formularán a partir del principio de solidaridad.

2. Sin perjuicio de la prevalencia del interés general sobre el interés particular, cuando los efectos de la ejecución de las políticas públicas o prestación de bienes o servicios públicos vulneren o amenacen con vulnerar derechos constitucionales, la política o prestación deberá reformularse o se adoptarán medidas alternativas que concilien los derechos en conflicto.

3. El Estado garantizará la distribución equitativa y solidaria del presupuesto para la ejecución de las políticas públicas y la prestación de bienes y servicios públicos. En la formulación, ejecución, evaluación y control de las políticas públicas y servicios públicos se garantizará la participación de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades.

Art. 298.- Se establecen pre asignaciones presupuestarias destinadas a los gobiernos autónomos descentralizados, al sector salud, al sector educación, a la educación superior; y a la investigación, ciencia, tecnología e innovación en los términos previstos en la ley. Las transferencias correspondientes a pre asignaciones serán predecibles y automáticas. Se prohíbe crear otras pre asignaciones presupuestarias.

Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad

social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

Art. 363.- El Estado será responsable de:

2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.

3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.

Art. 365.- Por ningún motivo los establecimientos públicos o privados ni los profesionales de la salud negarán la atención de emergencia. Dicha negativa se sancionará de acuerdo con la ley.

Art. 366.- El financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente, y deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado. Los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de salud.

El Estado financiará a las instituciones estatales de salud y podrá apoyar financieramente a las autónomas y privadas siempre que no tengan fines de lucro, que garanticen gratuidad en las prestaciones, cumplan las políticas públicas y aseguren calidad, seguridad y respeto a los derechos.

Estas instituciones estarán sujetas a control y regulación del Estado.

Art. 368.- El sistema de seguridad social comprenderá las entidades públicas, normas, políticas, recursos, servicios y prestaciones de seguridad social, y funcionará con base en criterios de sostenibilidad, eficiencia, celeridad y transparencia. El Estado normará, regulará y controlará las actividades relacionadas con la seguridad social.

Art. 370.- El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, entidad autónoma regulada por la ley, será responsable de la prestación de las contingencias del seguro universal obligatorio a sus afiliados.

La policía nacional y las fuerzas armadas podrán contar con un régimen especial de seguridad social, de acuerdo con la ley; sus entidades de seguridad social formarán parte de la red pública integral de salud y del sistema de seguridad social.

LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Art. 2.- Finalidad y Constitución del Sistema.- El Sistema Nacional de Salud tiene por finalidad mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud, Estará constituido por las entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector salud, que se articulan funcionalmente sobre la base de principios, políticas, objetivos y normas comunes.

Art. 3.- Objetivos.- El Sistema Nacional de Salud cumplirá los siguientes objetivos:

1. Garantizar el acceso equitativo y universal a servicios de atención integral de salud, a través del funcionamiento de una red de servicios de gestión desconcentrada y descentralizada.
4. Promover, la coordinación, la complementación y el desarrollo de las instituciones del sector.
5. Incorporar la participación ciudadana en la planificación y veeduría en todos los niveles y ámbitos de acción del Sistema Nacional de Salud.

Art. 4.- Principios.- El Sistema Nacional de Salud, se regirá por los siguientes principios:

1. Equidad.- Garantizar a toda la población el acceso a servicios de calidad, de acuerdo a sus necesidades, eliminando las disparidades evitables e injustas como las concernientes al género y a lo generacional.
2. Calidad.- Buscar la efectividad de las acciones, la atención con calidez y la satisfacción de los usuarios.
3. Eficiencia.- Optimizar el rendimiento de los recursos disponibles y en una forma social y epidemiológicamente adecuada.
4. Participación.- Promover que el ejercicio ciudadano contribuya en la toma de decisiones y en el control social de las acciones y servicios de salud,
5. Pluralidad.- Respetar las necesidades y aspiraciones diferenciadas de los grupos sociales y propiciar su interrelación con una visión pluricultural.
6. Solidaridad.- Satisfacer las necesidades de salud de la población más vulnerable, con el esfuerzo y cooperación de la sociedad en su conjunto.
7. Universalidad.- Extender la cobertura de los beneficios del Sistema, a toda la población en el territorio nacional.
8. Descentralización.- Cumplir los mandatos constitucionales que consagren el sistema descentralizado del país.
9. Autonomía. - Acatar la que corresponda a las autonomías de las instituciones que forman el Sistema.

Art. 11.- Función de Provisión de Servicios de Salud.- La provisión de servicios de salud es plural y se realiza con la participación coordinada de las instituciones prestadoras, las cuales funcionarán de conformidad con su estatuto de constitución y la administración de sus propios recursos.

El Sistema establecerá los mecanismos para que las instituciones garanticen su operación en redes y aseguren la calidad, continuidad y complementariedad de la

atención, para el cumplimiento del Plan Integral de Salud de acuerdo con las demandas y necesidades de la comunidad.

Estos mecanismos incluyen:

- e) La referencia y contrarreferencia;
- g) La celebración de convenios o contratos de gestión entre las entidades del Sistema para complementar la atención, con mecanismos de pago interinstitucionales basados en protocolos comunes, de acuerdo al reglamento correspondiente;
- i) Otros acuerdos de complementación interinstitucional.

Art. 12.- Función de aseguramiento.- El aseguramiento es la garantía de acceso universal y equitativo de la población al Plan Integral de Salud en cumplimiento del derecho ciudadano a la protección social en salud.

A efecto de alcanzar la cobertura universal el Sistema con la participación de todos sus integrantes aplicará las medidas que sean necesarias para el cumplimiento de esta meta común. Iniciará con la aplicación del plan de aseguramiento para mujeres y niños beneficiarios de la Ley y Programas de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

Se promoverá la ampliación de cobertura de salud de todas las entidades prestadoras de servicios y del Seguro General Obligatorio y Seguro Social Campesino, pertenecientes al IESS, de otros seguros públicos, como el ISSFA e ISSPOL.

REGLAMENTO A LA LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Art. 13.- De la conformación y organización de la red.- La conformación y Organización de la red plural de prestadores, de la cual forman parte los proveedores públicos, privados y los de medicina tradicional y alternativa, responderán al modelo de atención consagrado en la ley y a los protocolos de las acciones y prestaciones definidas en el Plan Integral de Salud. Las áreas de salud constituyen la base a la que se articularán las instituciones y las unidades locales de acuerdo a sus responsabilidades y capacidad resolutive.

Art. 15.- Complementariedad de la capacidad resolutive.- La red plural de Prestadores complementará su capacidad resolutive con establecimientos de mayor complejidad tecnológica, que cuenten con especialidades y subespecialidades, a fin de garantizar atención integral y de calidad al individuo, la familia y la comunidad.

Art. 18.- Ingreso a la red plural.- Los usuarios ingresarán a la red plural de prestadores a través de las unidades de menor complejidad, excepto en los casos de emergencias o urgencias en los cuales accederán a la unidad de salud de la complejidad que se requiera.

LEY ORGÁNICA DE SALUD

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

Art. 4.- La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.

Art. 9.- Corresponde al Estado garantizar el derecho a la salud de las personas, para lo cual tiene, entre otras, las siguientes responsabilidades:

e) Establecer a través de la autoridad sanitaria nacional, los mecanismos que permitan a la persona como sujeto de derechos, el acceso permanente e ininterrumpido, sin obstáculos de ninguna clase a acciones y servicios de salud de calidad;

LEY ORGÁNICA REFORMATORIA A LA LEY ORGÁNICA DE SALUD, LEY 67, PARA INCLUIR EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES RARAS O HUÉRFANAS Y CATASTRÓFICAS.

Art. 1.- Luego del numeral 5 del artículo 6 inclúyase un numeral que diga lo siguiente:
“5-A.- Dictar, regular y controlar la correcta aplicación de la normativa para la atención de patologías consideradas como enfermedades catastróficas, así como, dirigir la efectiva aplicación de los programas de atención de las mismas.”

Art. 2.- Agréguese en el Título II de la Ley Orgánica de Salud, Ley 67, luego del Capítulo III un Capítulo que diga lo siguiente:

“CAPITULO III-A DE LAS ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS Y RARAS O HUÉRFANAS

Artículo... (1).- El Estado ecuatoriano reconocerá de interés nacional a las enfermedades catastróficas y raras o huérfanas; y, a través de la autoridad sanitaria nacional, implementará las acciones necesarias para la atención en salud de las y los enfermos que las padezcan, con el fin de mejorar su calidad y expectativa de vida, bajo los principios de disponibilidad, accesibilidad, calidad y calidez; y, estándares de calidad, en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, habilitación y curación.

Las personas que sufran estas enfermedades serán consideradas en condiciones de doble vulnerabilidad.

Artículo... (2).- Son obligaciones de la autoridad sanitaria nacional

a) Emitir protocolos para la atención de estas enfermedades, con la participación de las sociedades científicas, las mismas que establecerán las directrices, criterios y procedimientos de diagnóstico y tratamiento de las y los pacientes que padezcan enfermedades raras o huérfanas;

b) Promover, coordinar y desarrollar, conjuntamente con organismos especializados nacionales e internacionales públicos y privados, investigaciones para el estudio de las enfermedades raras o huérfanas y catastróficas con la finalidad de favorecer diagnósticos y tratamientos tempranos en pro de una mejor calidad y expectativa de vida;

En aquellos casos en los que al Sistema Nacional de Salud le resulte imposible emitir el diagnóstico definitivo de una enfermedad, la autoridad sanitaria nacional implementará todas las acciones para que estos casos sean investigados en

instituciones internacionales de la salud con la finalidad de obtener el diagnóstico y tratamiento correspondiente.

c) Controlar y regular, en coordinación con los organismos competentes, a las compañías de seguros y prestadoras de servicios de medicina pre pagada en lo referente a la oferta de coberturas para enfermedades consideradas raras o huérfanas.

Las compañías de seguros y las empresas privadas de salud y medicina pre pagada, en el marco de las políticas definidas por la autoridad sanitaria nacional y de la presente Ley, estarán obligadas a cumplir las coberturas comprometidas en los respectivos contratos de seguro sin que puedan negar dicha cobertura a pretexto del apareamiento posterior de enfermedades consideradas catastróficas y raras o huérfanas.

Art. 4.- En el artículo 259, luego de la definición de: “Donante”, agréguese las siguientes definiciones:

“Enfermedad Catastrófica.- Es aquella que cumple con las siguientes características:

- a) Que implique un alto riesgo para la vida de la persona;
- b) Que sea una enfermedad crónica y por lo tanto que su atención no sea emergente; y,
- c) Que su tratamiento pueda ser programado o que el valor promedio de su tratamiento mensual sea mayor al determinado en el Acuerdo Ministerial de la Autoridad Sanitaria.”

Enfermedades Raras y Huérfanas: Las enfermedades raras o huérfanas, incluidas las de origen genético, son aquellas enfermedades potencialmente mortales, o debilitantes a largo plazo, de baja prevalencia y de alta complejidad.

LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE CONTRATACIÓN PÚBLICA

Art. 6.- Definiciones.-

2. Bienes y Servicios Normalizados: Objeto de contratación cuyas características o especificaciones técnicas se hallen homologados y catalogados.

Art. 18.- Obligatoriedad de inscripción.- Para participar individualmente o en asociación en las contrataciones reguladas por esta Ley se requiere constar en el RUP como proveedor habilitado. Por excepción, los oferentes que intervengan en procesos de menor cuantía podrán no estar inscritos en el RUP; pero, deberán inscribirse en el RUP previa a la suscripción de sus respectivos contratos.

REGLAMENTO GENERAL A LA LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE CONTRATACIÓN PÚBLICA

DISPONIBILIDAD DE FONDOS

Art. 27.- Certificación de disponibilidad de fondos.- De conformidad con lo dispuesto en el artículo 24 de la Ley, para iniciar un proceso de contratación se requiere certificar la disponibilidad presupuestaria y la existencia presente o futura de recursos suficientes para cubrir las obligaciones derivadas de la contratación.

Para cubrir la totalidad del proyecto o para complementar una parte del mismo, se admite la posibilidad de que se presenten propuestas de financiamiento otorgado por los propios oferentes, o por inversionistas, organizaciones estatales, u organismos e instituciones financieras o crediticias; situación que deberá constar de forma expresa en los pliegos. En dicho caso, el financiamiento ofrecido será uno de los aspectos a evaluar y calificar dentro de la determinación del mejor costo previsto en la Ley, de acuerdo a los parámetros que se señalen en los pliegos.

En cualquiera de los casos previstos, se deberá emitir la certificación sobre la disponibilidad presupuestaria y la existencia presente o futura de los recursos suficientes para cubrir las obligaciones derivadas de las contrataciones que constan en el Plan Anual de Contrataciones, cuya responsabilidad le corresponde al Director Financiero de la entidad contratante o a quien haga sus veces.

La certificación incluirá la información relacionada con las partidas presupuestarias o los fondos a los que se aplicará el gasto; y, se conferirá por medios electrónicos de manera preferente, y de no ser esto posible, se emitirá por medios físicos.

Art. 42.- Bienes y servicios normalizados.- Los bienes y servicios normalizados son aquellos cuyas características o especificaciones técnicas han sido estandarizadas u homologadas por la entidad contratante; y en consecuencia, dichas características o especificaciones son homogéneas y comparables en igualdad de condiciones.

DISPOSICIONES GENERALES A LOS PROCEDIMIENTOS SOMETIDOS A RÉGIMEN ESPECIAL

Art. 68.- Normativa aplicable.- Los procedimientos precontractuales de las contrataciones previstas en el artículo 2 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública, observarán la normativa prevista en este capítulo.

En el caso que en el presente régimen especial no se describa o detalle algún procedimiento o acción concreta que sean indispensables realizar para la contratación de bienes, obras o servicios, se observará de forma supletoria los procedimientos o disposiciones establecidos en el régimen general de la Ley, de este Reglamento General o de la Reglamentación específica que para el efecto dicte el Presidente de la República.

Dentro de las contrataciones de régimen especial, si el proveedor no estuviera domiciliado o no tuviera un representante en el país, bastará para su contratación con la inscripción electrónica en el RUP, sin que sea necesaria su habilitación. La entidad contratante será corresponsable por la veracidad de la información registrada.

Art. 109.- Capacidad para contratar.- Para los efectos de la Ley, tienen capacidad para contratar los ministros y máximas autoridades administrativas de las entidades contratantes, así como los representantes legales de las entidades de derecho privado sometidas a la Ley.

NORMAS DE CONTROL INTERNO PARA LAS ENTIDADES, ORGANISMOS DEL SECTOR PÚBLICO Y DE LAS PERSONAS JURÍDICAS DE DERECHO PRIVADO QUE DISPONGAN DE RECURSOS PÚBLICOS.

100-01 Control Interno El control interno será responsabilidad de cada institución del Estado y de las personas jurídicas de derecho privado que dispongan de recursos públicos y tendrá como finalidad crear las condiciones para el ejercicio del control. El control interno es un proceso integral aplicado por la máxima autoridad, la dirección y el personal de cada entidad, que proporciona seguridad razonable para el logro de los objetivos institucionales y la protección de los recursos públicos. Constituyen componentes del control interno el ambiente de control, la evaluación de riesgos, las actividades de control, los sistemas de información y comunicación y el seguimiento. El control interno está orientado a cumplir con el ordenamiento jurídico, técnico y administrativo, promover eficiencia y eficacia de las operaciones de la entidad y garantizar la confiabilidad y oportunidad de la información, así como la adopción de medidas oportunas para corregir las deficiencias de control.

402-02 Control previo al compromiso Se denomina control previo, al conjunto de procedimientos y acciones que adoptan los niveles directivos de las entidades, antes de tomar decisiones, para precautelar la correcta administración del talento humano, financieros y materiales. En el control previo a la autorización para la ejecución de un gasto, las personas designadas verificarán previamente que:

1. La operación financiera esté directamente relacionada con la misión de la entidad y con los programas, proyectos y actividades aprobados en los planes operativos anuales y presupuestos;
2. La operación financiera reúna los requisitos legales pertinentes y necesarios para llevarla a cabo, que no existan restricciones legales sobre la misma y,
3. Exista la partida presupuestaria con la disponibilidad suficiente de fondos no comprometidos a fin de evitar desviaciones financieras y presupuestarias.

402-03 Control previo al devengado Previa a la aceptación de una obligación, o al reconocimiento de un derecho, como resultado de la recepción de bienes, servicios u obras, la venta de bienes o servicios u otros conceptos de ingresos, las servidoras y servidores encargados del control verificarán:

1. Que la obligación o deuda sea veraz y corresponda a una transacción financiera que haya reunido los requisitos exigidos en la fase del control previo, que se haya registrado contablemente y contenga la autorización respectiva, así como mantenga su razonabilidad y exactitud aritmética;
2. Que los bienes o servicios recibidos guarden conformidad plena con la calidad y cantidad descritas o detalladas en la factura o en el contrato, en el ingreso a bodega o en el acta de recepción e informe técnico legalizados y que evidencien la obligación o deuda correspondiente;
3. Que la transacción no varíe con respecto a la propiedad, legalidad y conformidad con el presupuesto, establecidos al momento del control previo al compromiso efectuado;
4. Diagnóstico y evaluación preliminar de la planificación y programación de los presupuestos de ingresos;

5. La existencia de documentación debidamente clasificada y archivada que respalde los ingresos;

6. La corrección y legalidad aplicadas en los aspectos formales y metodológicos del ingreso

7. La sujeción del hecho económico que genera el ingreso a las normas que rigen su proceso.

403-08 Control previo al pago. Las servidoras y servidores de las instituciones del sector público designados para ordenar un pago, suscribir comprobantes de egreso o cheques, devengar y solicitar pagos vía electrónica, entre otros, previamente observarán las siguientes disposiciones:

a) Todo pago corresponderá a un compromiso devengado, legalmente exigible, con excepción de los anticipos previstos en los ordenamientos legales y contratos debidamente suscritos;

b) Los pagos que se efectúen estarán dentro de los límites de la programación de caja autorizada;

c) Los pagos estarán debidamente justificados y comprobados con los documentos auténticos respectivos;

d) Verificación de la existencia o no de litigios o asuntos pendientes respecto al reconocimiento total o parcial de las obligaciones a pagar.

e) Que la transacción no haya variado respecto a la propiedad, legalidad y conformidad con el presupuesto.

Para estos efectos, se entenderá por documentos justificativos, los que determinan un compromiso presupuestario y por documentos comprobatorios, los que demuestren entrega de las obras, bienes o servicios contratados.

403-09 Pagos a beneficiarios El Sistema de Tesorería, prevé el pago oportuno de las obligaciones de las entidades y organismos del sector público y utiliza los recursos de acuerdo con los planes institucionales y los respectivos presupuestos aprobados.

406-02 Planificación Las entidades y organismos del sector público, para el cumplimiento de los objetivos y necesidades institucionales, formularán el Plan Anual de Contratación con el presupuesto correspondiente.

a) Registro de proveedores y entidades

Para los efectos de esta norma, toda persona natural o jurídica, nacional o extranjera que desee participar en los procesos de contratación, deberá estar inscrita y habilitada en el Registro Único de Proveedores, RUP, cuya información será publicada en el portal de compras públicas.

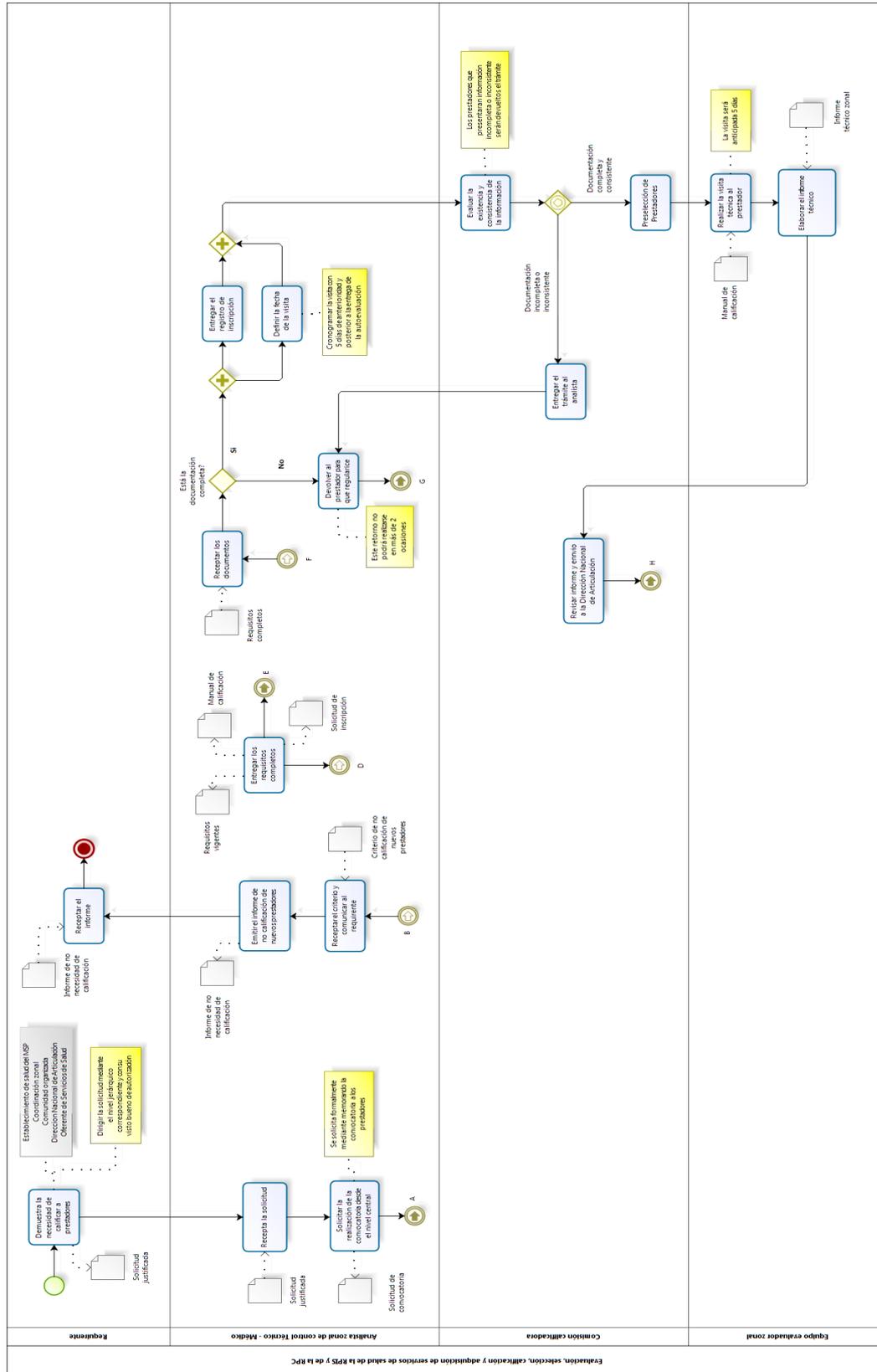
TARIFARIO DE PRESTACIONES PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Instructivo 001-2012 para la Viabilidad de la Atención en Salud en Unidades de la Red Pública Integral de Salud y en la Red Privada Complementaria de Prestadores de Servicios de Salud

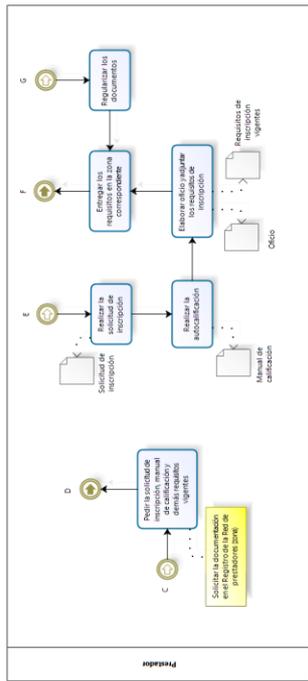
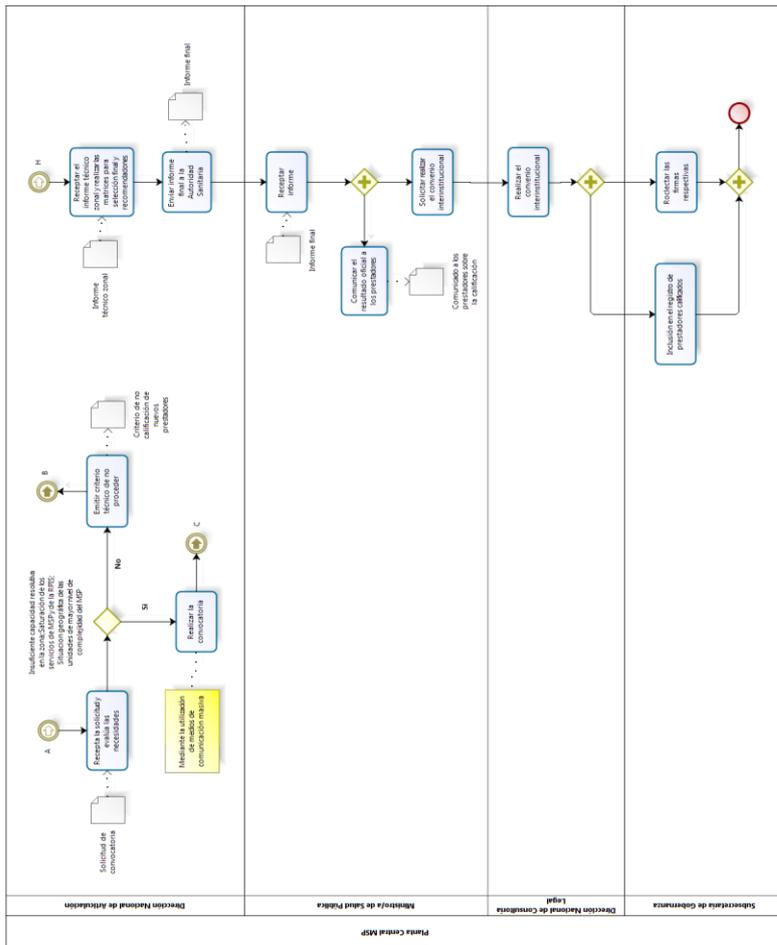
Convenio Marco Interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública, Ministerio del Interior, Ministerio de Defensa, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional para integrar la Red Pública Integral de Salud.

Criterio Técnico del Instituto Nacional de Contratación Pública emitido mediante oficio Nro. INCOP-DE-2013-0320-OF de 23 de mayo de 2013.

9.2. Diagrama de flujo para la evaluación selección, calificación y adquisición de servicios de salud de la RPIS y RPC



Elaborado: Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública
 Revisado: Dirección Nacional de Gestión de Procesos



Elaborado: Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública
 Revisado: Dirección Nacional de Gestión de Procesos

10. ANEXOS

Anexo (1) Resolución No. C.D. 020 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social: Normas Técnicas y Criterios para la calificación del nivel de complejidad en las unidades médicas del IESS y Acreditación de las unidades médicas del IESS y demás prestadores de salud.

Anexo (2) Instrumento de Acreditación del IESS

Grupo de redacción y elaboración

Sonia Díaz Salas, Asesora Ministerial

Grupo de revisión

Elisa Jaramillo, Coordinadora General de Asesoría Jurídica

Patricia Granja, Asesora Ministerial

Paola Rodríguez, Directora Nacional Financiera

Johana Herdoiza, Asesora Ministerial

Juan Sánchez, Director Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública

Gabriela Aguinaga, Directora Nacional de Normatización

Darío Medrandra, Consultor

Grupo de aprobación

Miguel Malo, Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud Pública

Francisco Vallejo, Subsecretario Nacional de Gobernanza de la Salud Pública

ANEXOS

ANEXO N°1:

“RESOLUCION N° CD.020” “NORMAS TECNICAS Y CRITERIOS PARA LA CALIFICACION DEL NIVEL DE COMPLEJIDAD EN LAS UNIDADES MEDICAS DEL IESS Y ACREDITACION DE LAS UNIDADES DEL IESS Y DEMAS PRESTADORES DE SALUD”.



CONSEJO DIRECTIVO
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

RESOLUCIÓN N° C.D.020

EL CONSEJO DIRECTIVO
DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

CONSIDERANDO:

Que, la Subdirección de Aseguramiento y Control de Prestaciones ha elaborado las normas técnicas y procedimientos para la calificación del nivel de complejidad de las Unidades Médicas del IESS y otros prestadores de salud, las cuales han sido sancionadas favorablemente por la Administradora del Seguro General de Salud Individual y Familiar;

Que, la Administradora del Seguro General de Salud Individual y Familiar ha remitido mediante Oficio 4100101-1603 de 27 de agosto de 2003, las normas técnicas y procedimientos para la calificación del nivel de complejidad de las Unidades Médicas del IESS y acreditación de las unidades médicas del IESS y otros prestadores de salud, para aprobación del Órgano de Gobierno del Instituto;

Que, el Seguro General de Salud Individual y Familiar del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, necesita contar con un instrumento de evaluación que le permita calificar el nivel de complejidad y evaluar los procesos de los prestadores de servicios de salud en todo el país, garantizando de esta manera la calidad de la atención médica; y,

En uso de las atribuciones que le confiere el Art. 27, letra c) de la Ley 2001-55 de Seguridad Social,

RESUELVE:

Aprobar las siguientes NORMAS TÉCNICAS Y CRITERIOS PARA LA CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE COMPLEJIDAD EN LAS UNIDADES MÉDICAS DEL IESS Y ACREDITACIÓN DE LAS UNIDADES MÉDICAS DEL IESS Y DEMÁS PRESTADORES DE SALUD:

I. OBJETIVO

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

Art. 2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

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



CONSEJO DIRECTIVO
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

RESOLUCIÓN N° C.D. 020

NORMAS TÉCNICAS Y CRITERIOS PARA LA CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE COMPLEJIDAD EN LAS UNIDADES MÉDICAS DEL IESS Y ACREDITACIÓN DE LAS UNIDADES MÉDICAS DEL IESS Y DEMÁS PRESTADORES DE SALUD

Página 2

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

II. **ÁMBITO Y DEFINICIONES**

Art. 3 ÁMBITO.- Establecer las condiciones de personal, infraestructura física, equipamiento, procedimientos técnicos y administrativos, que deben cumplir los prestadores de servicios de salud, a fin de garantizar la calidad de atención para los asegurados del IESS en condiciones de libre elección y conformar la red de prestadores acreditados del Seguro General de Salud Individual y Familiar.

Art. 4 LICENCIAMIENTO.- Proceso por medio del cual el Ministerio de Salud Pública, otorga el permiso a un médico o a una organización de salud para desarrollar una ocupación o profesión. Los reglamentos se establecen para asegurar que el prestador de salud cumpla con los estándares *mínimos*. Es un requisito obligatorio que debe cumplir el prestador de salud para otorgar prestaciones de salud.

Art. 5 ACREDITACIÓN.- Proceso formal por medio del cual la Administradora del Seguro General de Salud Individual y Familiar, reconoce que un prestador de salud cumple con los estándares preestablecidos, luego de una evaluación local y periódica, realizada por una Comisión especializada, con una validez de hasta dos años. Requisito indispensable para la contratación del prestador.

Art. 6 CERTIFICACIÓN.- Proceso por medio del cual una organización gubernamental o no gubernamental, *evalúa* y *reconoce* a un prestador de salud que cumple con los requisitos o criterios preestablecidos. La certificación es un enfoque que emplea estándares como los que contiene la ISO 9000.

III. **COMISIONES ESPECIALIZADAS, INTEGRACIÓN Y RESPONSABILIDADES**

Art. 7 COMISIÓN DE ACREDITACIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.- Integrada por:

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



CONSEJO DIRECTIVO
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

RESOLUCIÓN N° C.D. 020
NORMAS TÉCNICAS Y CRITERIOS PARA LA CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE COMPLEJIDAD EN LAS UNIDADES MÉDICAS
DEL IESS Y ACREDITACIÓN DE LAS UNIDADES MÉDICAS DEL IESS Y DEMÁS PRESTADORES DE SALUD
Página 3

Art. 8 RESPONSABILIDADES DE LAS COMISIONES DE ACREDITACIÓN.- Las Comisiones de Acreditación tendrán las siguientes responsabilidades:

- Conformar los equipos de evaluación a las diferentes unidades médicas, integrado por: Médico clínico; Médico cirujano; Enfermera; Ingeniero civil, Arquitecto o Técnico; Delegado del área económica.
- Conocer y resolver el informe de acreditación presentado por los equipos de evaluación;
- Remitir el informe de acreditación al Director de la Administradora del Seguro General de Salud Individual y Familiar; y,
- Conformar el equipo de evaluación de los Centros de Diálisis, integrado por: Nefrólogo, enfermera, ingeniero civil o arquitecto; trabajadora social y psicólogo.

Art. 9 RESPONSABILIDADES DE LOS EQUIPOS DE EVALUACIÓN.- Los equipos de evaluación tendrán las siguientes responsabilidades:

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

Art. 10 PROHIBICIÓN DE INTEGRAR LAS COMISIONES DE ACREDITACIÓN Y EQUIPOS DE EVALUACIÓN.- No podrán ser elegibles para conformar las Comisiones de Acreditación quienes:

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

IV. DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN

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

- a. Etapa 1: Convocatoria.- La Dirección de la Administradora del Seguro General de Salud Individual y Familiar convocará, con una periodicidad no menor a tres años a las personas naturales o jurídicas, que quisieren ser acreditados como prestadores de servicios de salud a los asegurados del IESS.
- b. Etapa 2: Recepción de la documentación por parte de los prestadores.- Quince días posteriores a la Convocatoria, los prestadores de salud deberán remitir a la respectiva Subdirección o Jefatura de Prestaciones de Salud, la documentación habilitante y los formularios de autoevaluación. Los documentos deberán presentarse en formato de declaración juramentada notariada.



CONSEJO DIRECTIVO
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

RESOLUCIÓN N° C.D. 020

NORMAS TÉCNICAS Y CRITERIOS PARA LA CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE COMPLEJIDAD EN LAS UNIDADES MÉDICAS DEL IESS Y ACREDITACIÓN DE LAS UNIDADES MÉDICAS DEL IESS Y DEMÁS PRESTADORES DE SALUD

Página 4

- c. Etapa 3: Calificación de la documentación.- Las Comisiones de Acreditación analizarán los formularios de autoevaluación y la documentación habilitante remitida por las personas naturales o jurídicas que desean ser acreditadas. Si los prestadores cumplen con lo estipulado en las bases de acreditación podrán ser inspeccionados, caso contrario, en un plazo de ocho días deberán presentar la documentación restante.
- d. Etapa 4: Evaluación.- Constatación in situ de la calidad de las instalaciones y equipos consignadas en la documentación para evaluar si cumple los estándares de seguridad e higiene. Los equipos de evaluación se reservan el derecho de efectuar la evaluación en cualquier momento. El cumplimiento de la evaluación tendrá carácter obligatorio e involucrará las siguientes actividades:
- Observación del cuidado y los servicios proporcionados al paciente;
 - Visita del edificio y sus instalaciones;
 - Verificación del equipamiento disponible en la Unidad Médica y reportado por el prestador;
 - Evaluación de los estándares de seguridad completa del edificio, manejo de desechos, mantenimiento, limpieza y seguridad contra incendios; y,
 - Revisión de las historias clínicas de los pacientes.
- e. Etapa 5: Informe de la Comisión.- Las Comisiones de Acreditación en un plazo de diez días, posteriores a la evaluación, deberán elaborar el informe de evaluación del prestador de salud. La Subdirección de Prestaciones de Salud o Jefatura de Departamento de Prestaciones de Salud, expresará su conformidad, suscribiendo la Solicitud de Evaluación de la Unidad Médica.
- f. Etapa 6: Entrega del Certificado de Acreditación.- La Dirección de la Administradora del Seguro de Salud Individual y Familiar entregará al prestador el certificado de acreditación.

V. DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DE LA CALIFICACIÓN

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

- a. Solicitud de evaluación.- Cada prestador de salud que solicite la acreditación deberá remitir el "Formulario 1: Autoevaluación" (Anexo 1), en la cual se detallará la información general del mismo.
- b. Requisitos para los prestadores.- En el formulario 2 se ha establecido un "Listado de requisitos". El cumplimiento del literal a. Requisitos administrativos, será obligatorio para cualquier prestador de salud que desee ser calificado, los requisitos contenidos en los literales b, c y d, se aplicarán en función de los servicios ofertados (Anexo 2).



CONSEJO DIRECTIVO
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

RESOLUCIÓN N° C.D. 020

NORMAS TÉCNICAS Y CRITERIOS PARA LA CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE COMPLEJIDAD EN LAS UNIDADES MÉDICAS
DEL IESS Y ACREDITACIÓN DE LAS UNIDADES MÉDICAS DEL IESS Y DEMÁS PRESTADORES DE SALUD

Página 5

- c. Recursos Humanos del Prestador de Salud.- En el Formulario 3, "Recursos Humanos del Prestador de Salud", se detallarán los datos relevantes de los principales ejecutivos que están al frente de la Unidad Médica/Centro, al igual que el grupo de profesionales de la salud con sus respectivas especializaciones que permitan el desarrollo del servicio con un nivel de calidad adecuado (Anexo 3).
- d. Situación Económica – Financiera.- Para ser objeto de calificación por parte de la Comisión, los prestadores médicos con personería jurídica, deberán acreditar su capacidad financiera, para lo cual presentarán la información requerida en los siguientes formularios financieros: Balance General Auditado, Estado de Resultados o Estado de Pérdidas y Ganancias, Estado de fuentes y usos de fondos, Capital de trabajo, Variaciones de la situación financiera del proponente, Formulario de referencia bancarias, comerciales y financieras (Personas Jurídicas Privadas), Dictamen de los Estados Financieros del Auditor Externo (Formularios 4-9, Anexo 4), correspondientes a los dos últimos períodos fiscales.

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

- e. Disponibilidad de Servicios.- El formulario 10 (Anexo 5) contiene el listado de servicios y facilidades que puede ofrecer potencialmente cada unidad médica, clasificado por el nivel de complejidad correspondiente. Todas las variables tienen un puntaje similar y su ponderación representará el 30% del puntaje total, para prestadores internos y externos.
- f. Infraestructura – Instalaciones Físicas.- Para calificar la infraestructura física de los prestadores de salud se diseñó el formulario 11 (Anexo 6), que incluye ciertos detalles de: Estructura, sistemas de ingeniería, instalaciones y equipos, clasificados por su nivel de complejidad. Todas las variables tienen similar puntaje estableciéndose la diferencia en la totalización de los mismos por cada tipo de prestador, el total será a su vez ponderado para que represente el 30% del puntaje total, para prestadores internos y externos.
- g. Equipamiento Institucional.- El formulario 12 (Anexo 7) ha sido estructurado tomando en cuenta el equipamiento de cada uno de los servicios, clasificados por nivel de complejidad. A cada equipo se le ha asignado un coeficiente técnico, que refleja el costo económico del equipo al que hace referencia; este deberá ser multiplicado por el número disponible de cada uno de esos equipos, en condiciones de uso. El puntaje total equivaldrá a la sumatoria de los puntajes parciales de los equipos y sus subtotales por servicio, cuyo valor final tendrá una ponderación del 35% en el total de la calificación, en caso de prestadores externos y 40% para prestadores internos. Los prestadores que sobrepasen el puntaje del



CONSEJO DIRECTIVO
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

RESOLUCIÓN N° C.D. 020

NORMAS TÉCNICAS Y CRITERIOS PARA LA CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE COMPLEJIDAD EN LAS UNIDADES MÉDICAS DEL IESS Y ACREDITACIÓN DE LAS UNIDADES MÉDICAS DEL IESS Y DEMÁS PRESTADORES DE SALUD

Página 6

tabulador en esta categoría, para efectos de su ponderación emplearán el valor máximo señalado en el tabulador.

VI. CRITERIOS DE CALIFICACIÓN

Art. 13 Resultados.- El proceso de calificación de los prestadores de salud, podrá arrojar los siguientes resultados:

- **Acreditación.-** El prestador de servicios de salud, puede ser contratado por el Seguro General de Salud Individual y Familiar, si lo considera necesario.
- **Acreditación con recomendaciones.-** El prestador de servicios de salud, puede ser contratado por el Seguro General de Salud Individual y Familiar, si lo considera necesario, pero deberá cumplir las recomendaciones establecidas por la Comisión de Acreditación, en un plazo no mayor a un año. Luego de este período no podrá renovarse el contrato, si no hubiere cumplido con las recomendaciones.
- **Acreditación condicional o provisional.-** Cuando el prestador de servicios de salud no cumpla con alguno de los requerimientos, siempre que éstos no sean un riesgo para la atención de los pacientes, podrá ser contratado por el Seguro General de Salud Individual y Familiar, hasta por el período que la Comisión de Acreditación, considere conveniente, con un máximo de un año. Luego de este período no podrá renovarse el contrato, si no hubiere cumplido con los requerimientos.
- **No acreditación.-** Los prestadores que no hubieren entregado la documentación completa, ni alcanzaren el puntaje mínimo, no podrán ser contratados.

El puntaje total obtenido en los formularios correspondientes nos indicará si el prestador de salud está acreditado o no, para ofrecer sus servicios al Seguro General de Salud Individual y Familiar del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

Art. 14 CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE COMPLEJIDAD DE LAS UNIDADES MÉDICAS.- El puntaje obtenido en los formularios de autoevaluación (Tabla 1, Anexo 8), deberá multiplicarse por los porcentajes establecidos en la Tabla de Ponderadores (Tabla 2, Anexo 8), para obtener el puntaje final en cada una de las categorías (Tabla 3, Anexo 8): Situación Económico-Financiera, Disponibilidad de Servicios, Infraestructura Física y Equipamiento. Los prestadores internos o externos de servicios de salud acreditados deberán obtener un puntaje dentro del rango establecido en la respectiva Tabla 3, Resultados.

VII. DEL REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES DE SALUD

Art. 15 REGISTRO DE PRESTADORES DE SALUD.- La Subdirección de Aseguramiento y Control de Prestaciones, consolidará la información de los prestadores a nivel nacional calificados por las Subdirecciones y Jefaturas de Prestaciones de Salud, elaborando el Registro Nacional de Prestadores, el cual



CONSEJO DIRECTIVO
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

RESOLUCIÓN N° C.D. 020

NORMAS TÉCNICAS Y CRITERIOS PARA LA CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE COMPLEJIDAD EN LAS UNIDADES MÉDICAS DEL IEES Y ACREDITACIÓN DE LAS UNIDADES MÉDICAS DEL IEES Y DEMÁS PRESTADORES DE SALUD
Página 7

contará con la respectiva clasificación regional y permitirá establecer la red de prestadores.

VIII. PROCESO CONTRACTUAL Y SEGUIMIENTO

Art. 16 PROCESO CONTRACTUAL.- Se suscribirán los contratos con los diversos prestadores, siempre que se acojan a las tarifas estipuladas en el Tarifario del Seguro General de Salud Individual y Familiar, observando los mecanismos de pago vigentes.

Art. 17 SEGUIMIENTO.- Las Subdirecciones de Prestaciones de Salud y las Jefaturas de Prestaciones de Salud, serán responsables de efectuar un control periódico de los indicadores de calidad establecidos y una verificación in situ por lo menos una vez al año, del grado de cumplimiento de cada prestador de salud. En caso de incumplimiento del prestador externo, la Subdirección o Jefatura de Prestaciones de Salud, le notificará por escrito sobre el particular; pudiendo suspender temporal o definitivamente al prestador. De existir reincidencia, se terminará unilateralmente el contrato. Si se tratare de prestadores internos se adoptarán las acciones administrativas correspondientes.

Art. 18 PLAZO.- La acreditación regirá por un plazo de tres (3) años, luego de los cuales el prestador deberá ser nuevamente acreditado.

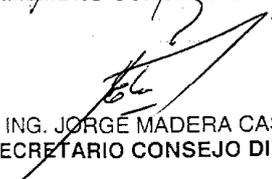
DISPOSICIÓN FINAL.- Esta Resolución entrará en vigencia a partir de su aprobación. Publíquese en el Registro Oficial.

COMUNÍQUESE.- Quito, Distrito Metropolitano, a 30 de septiembre de 2003.


DR. FAUSTO SOLÓRZANO AVILÉS
PRESIDENTE CONSEJO DIRECTIVO


BRUNO FRISONI FRANCO
MIEMBRO CONSEJO DIRECTIVO


DR. RICARDO RAMÍREZ AGUIRRE
MIEMBRO CONSEJO DIRECTIVO


ING. JORGE MADERA CASTILLO
SECRETARIO CONSEJO DIRECTIVO

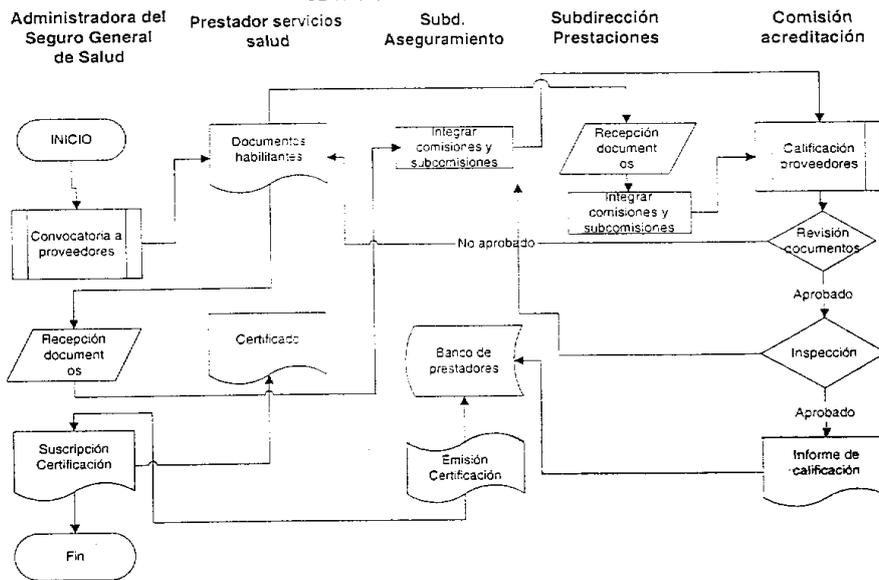
ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL
LO CERTIFICO:
CONSEJO DIRECTIVO
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
Dr. PATRICIO ARIAS LARA
PROSECRETARIO



CONSEJO DIRECTIVO
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

RESOLUCIÓN N° C.D. 020
NORMAS TÉCNICAS Y CRITERIOS PARA LA CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE COMPLEJIDAD EN LAS UNIDADES MÉDICAS
DEL IESS Y ACREDITACIÓN DE LAS UNIDADES MÉDICAS DEL IESS Y DEMÁS PRESTADORES DE SALUD
Página 8

FLUJOGRAMA DE CALIFICACIÓN DE PROVEEDORES DE
SERVICIOS MÉDICOS



[Handwritten signatures]

[Handwritten signature]



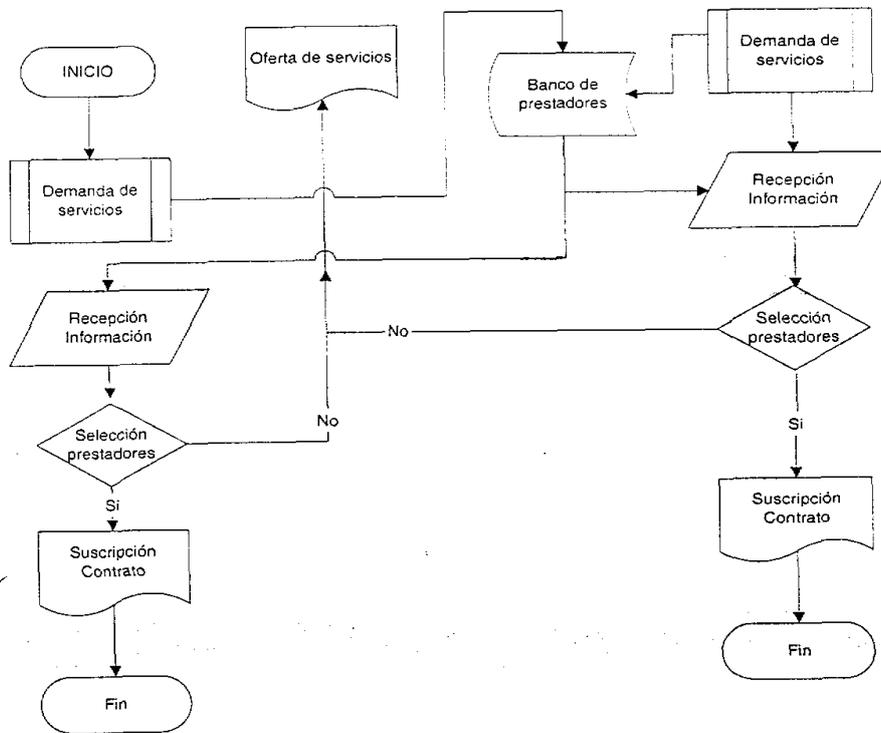
CONSEJO DIRECTIVO
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

RESOLUCIÓN N° C.D. 020
NORMAS TÉCNICAS Y CRITERIOS PARA LA CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE COMPLEJIDAD EN LAS UNIDADES MÉDICAS
DEL IESS Y ACREDITACIÓN DE LAS UNIDADES MÉDICAS DEL IESS Y DEMÁS PRESTADORES DE SALUD
Página 9



FLUJOGRAMA DE CONTRATACIÓN DE PROVEEDORES DE
SERVICIOS MÉDICOS

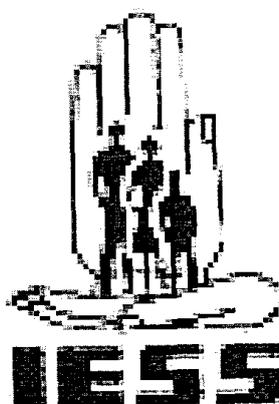
Administradora del Seguro General de Salud Prestador servicios salud acreditados Subdirección Aseguramiento Subdirección Prestaciones



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

**Seguro General de Salud
Individual y Familiar
Subdirección Aseguramiento y
Control de Prestaciones**



**NORMAS TÉCNICAS DE ACREDITACIÓN Y
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN
NIVEL DE COMPLEJIDAD
UNIDADES MÉDICAS**

Septiembre / 2003



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
SUBDIRECCION DE ASEGURAMIENTO Y CONTROL DE PRESTACIONES

**NORMAS TÉCNICAS Y CRITERIOS DE CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE COMPLEJIDAD
DE LAS UNIDADES MÉDICAS**

ANTECEDENTES.....	1
MARCO TEÓRICO.....	1
SISTEMAS DE LICENCIAMIENTO, ACREDITACIÓN Y CERTIFICACIÓN.....	1
CUADRO 1.....	1
Licenciamiento.....	2
Certificación.....	2
Estándares ISO 9000 y el cuidado de la salud.....	2
Acreditación.....	3
NORMAS TÉCNICAS Y CRITERIOS DE CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE COMPLEJIDAD DE LAS UNIDADES MÉDICAS.....	4
DEFINICIÓN.....	4
JUSTIFICACIÓN.....	4
OBJETIVOS.....	4
PROCESO DE APLICACIÓN DE LAS NORMAS TÉCNICAS.....	5
Fase 1: Capacitación.....	5
Fase 2: Presentación de la documentación por parte de los prestadores.....	5
Recursos Humanos del Prestador de Salud.....	5
Situación Económica – Financiera.....	6
Disponibilidad de Servicios.....	8
Infraestructura – Instalaciones Físicas.....	8
Equipamiento Institucional.....	8
Fase 3: Inspección.....	9
Fase 4: Procesamiento de la información.....	9
Fase 5: Elaboración del informe.....	9
Fase 6: Ratificación del informe.....	9
Fase 7: Proceso contractual.....	9
Fase 8: Seguimiento.....	10
DETALLE DEL CONTENIDO DE LOS FORMULARIOS PARA LA APLICACIÓN DE LAS NORMAS TÉCNICAS.....	10
RECURSOS HUMANOS.....	10
INFRAESTRUCTURA – INSTALACIONES FÍSICAS.....	10
EQUIPAMIENTO INSTITUCIONAL.....	11
HISTORIA CLÍNICA.....	11
RESULTADOS.....	13
CUADRO 2.....	13
RESULTADOS DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN.....	13
ACREDITACIÓN DE CENTROS DE DIÁLISIS.....	14
Anexo 1.....	15
Anexo 2.....	17
Anexo 3.....	20
Anexo 4.....	23
Anexo 5.....	30
Anexo 6.....	41
Anexo 7.....	59
Anexo 8.....	92
Anexo 9.....	94
Anexo 10.....	96
Anexo 11.....	99



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO Y CONTROL DE PRESTACIONES

NORMAS TÉCNICAS Y CRITERIOS DE CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE COMPLEJIDAD DE LAS UNIDADES MÉDICAS

NORMAS TÉCNICAS Y CRITERIOS DE CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE COMPLEJIDAD DE LAS UNIDADES MÉDICAS

ANTECEDENTES

Pese a esfuerzos aislados de instituciones públicas para regular y evaluar la atención médica que brindan los prestadores de salud, el país no cuenta con un instrumento de licenciamiento, acreditación y menos de certificación de prestadores de salud, que pueda ser utilizado para evaluar sus estándares de calidad.

Es evidente la heterogeneidad existente en los servicios de salud del país y el contraste de los servicios públicos y privados. A ello se añade, la escasa infraestructura de salud en varias ciudades del país.

La Resolución CI. 100, en el numeral 8 de las responsabilidades de la Subdirección de Aseguramiento y Control de Prestaciones, establece: "La elaboración de las normas técnicas y procedimientos para la calificación del nivel de complejidad de las Unidades Médicas del IESS y otros prestadores de salud".

Por lo expuesto el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, necesita contar con un instrumento de evaluación que le permita calificar el nivel de complejidad y evaluar los procesos de los prestadores de servicios de salud en todo el país, garantizando de esta manera la calidad de la atención médica.

MARCO TEÓRICO

SISTEMAS DE LICENCIAMIENTO, ACREDITACIÓN Y CERTIFICACIÓN

En la actualidad existen distintos reconocimientos formales por los que puede optar una organización para demostrar la conformidad con requisitos de calidad previamente fijados, frente a al licenciamiento que es una exigencia legal. De esta forma podemos considerar los procesos de Licenciamiento, Acreditación y Certificación, que presentan las siguientes características:

CUADRO 1

	LICENCIAMIENTO	ACREDITACIÓN	CERTIFICACIÓN
ORGANISMO	Administración Pública	Entidades públicas y privadas.	Entidades certificadoras
CARÁCTER	Obligatorio	Entidades de Acreditación	
BASE DOCUMENTAL	Legislación	Voluntario	Voluntario
		Manual de Acreditación propio de la Entidad	Normas Internacionales ISO
ACTIVIDAD	No reconocida previamente	En funcionamiento	En funcionamiento
FINALIDAD	Preservar el interés público	Evaluar la Competencia técnica	Satisfacción del cliente
ALCANCE EN LA ORGANIZACIÓN	La actividad regulada y los recursos necesarios para entrar en funcionamiento	Ensayos, Calibraciones, Organizaciones	Sistema de la Calidad
NIVEL DE ESPECIFICACIÓN	Mínimos	Máximos, fijados por la competencia del momento	Lo que establezca la organización
QUIÉN FIJA LOS NIVELES	Administración	La Entidad de Acreditación	La organización certificada



Licenciamiento

Es un proceso por medio del cual una Autoridad Gubernamental otorga el permiso a un médico o a una organización de salud para desarrollar una ocupación o profesión. Los reglamentos se establecen para asegurar que el prestador de salud cumpla con los estándares mínimos de manera de proteger la salud y seguridad públicas. La licencia se otorga después de una inspección local para verificar si se han cumplido los estándares mínimos de salud y seguridad. Es un requisito continuo que el prestador de salud tiene que cumplir para seguir operando y brindando atención de salud a los pacientes.

Los prestadores tienen la responsabilidad de cumplir con las leyes y reglamentos relacionados con la seguridad pública y de reducir los riesgos de lesiones tanto para los pacientes como para el personal dentro de sus organizaciones.

En consecuencia, podríamos deducir que el licenciamiento, al basarse en normativa legal tiene las siguientes características:

- *Obligatorio*, para emprender la actividad sujeta a licenciamiento.
- *Renovable* mientras dure la actividad sujeta a licenciamiento; por tanto puede ser inspeccionada.
- *Periódico*
- Es responsabilidad de la Administración Pública.

Certificación

Proceso por medio del cual un cuerpo autorizado, ya sea organización gubernamental o no gubernamental, evalúa y reconoce a un prestador de salud que cumple con los requisitos o criterios preestablecidos.

La certificación es un enfoque que trata con profesionales individuales, organizaciones o componentes de una organización, tales como los estándares ISO 9000 que evalúan el cumplimiento con las especificaciones de diseño.

Estándares ISO 9000 y el cuidado de la salud

"International Organization for Standardization" (ISO) es, una federación mundial de cuerpos nacionales de estándares de más de 90 países.

A diferencia de los estándares de acreditación, los estándares ISO no incorporan los conceptos de mejoramiento continuo, ni la evaluación de los resultados de los pacientes.

Los estándares ISO 9000 se clasifican en 20 categorías que tratan con áreas tales como la responsabilidad de la administración, el sistema de calidad, las auditorías internas de calidad y el control del proceso.



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
SUBDIRECCION DE ASEGURAMIENTO Y CONTROL DE PRESTACIONES

NORMAS TÉCNICAS Y CRITERIOS DE CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE COMPLEJIDAD DE LAS UNIDADES MÉDICAS

Los estándares primarios de la ISO tratan con productos fabricados, órdenes básicas fijas para sistemas de calidad, cualquiera sea el producto o servicio.

La ISO como organización no acredita, certifica, ni registra una organización como que cumple con sus estándares, sin embargo, auditores o evaluadores externos pueden usar los estándares ISO en sus estudios independientes para la certificación.

Es útil considerar el enfoque de los estándares ISO 9000, al diseñar sistemas de control de calidad para ciertos servicios de "producción", para el cuidado de salud tales como laboratorios, radiología y servicios de dietética.

Acreditación

Proceso formal por medio del cual una organización valora y reconoce que un prestador de salud cumple con los estándares publicados, aplicables y preestablecidos. Los estándares de acreditación generalmente se consideran óptimos y factibles y se diseñan para fomentar el mejoramiento continuo de organizaciones acreditadas. La decisión acerca de la acreditación de una organización de salud se toma luego de una evaluación local y periódica, realizada por un equipo y se lleva a cabo cada dos o tres años.

Por lo tanto, la acreditación es una herramienta para control y mejora de la calidad basada en un proceso de evaluación externa, utilizando criterios y estándares de referencia.

El concepto de acreditación se originó en los Estados Unidos y se extendió a Canadá, Reino Unido y otros países. Implica la inspección de las facilidades, del funcionamiento del proveedor de salud contra una lista determinada de criterios.

El Aseguramiento de la Calidad en los servicios médicos abarca el período de 1960 hasta finales de los 80. La calidad que hasta este momento era un tema propio de la relación médico-paciente se transforma en un tema institucional debido entre otras a los siguientes hechos:

A mediados de los sesenta, Donabedian adaptó a los hospitales de los EEUU, el vocabulario y los conceptos utilizados en el control garantía de la calidad industrial, estableciendo calidad de la estructura, del proceso y del resultado en los hospitales. Semejante aproximación ofrecía a los financiadores de los servicios médicos considerables posibilidades de control, en un sector regulado por el mercado, los derechos del consumidor y las demandas judiciales.

En los años 70, la acreditación en los EEUU se hace obligatoria para los centros que colaboran con el Medicare y se amplía como requisito para trabajar con otras entidades aseguradoras.

La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), en los años 70, introduce entre otros los siguientes cambios:



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO Y CONTROL DE PRESTACIONES

**NORMAS TÉCNICAS Y CRITERIOS DE CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE COMPLEJIDAD
DE LAS UNIDADES MÉDICAS**

- Implantar la auditoría médica en los hospitales, es decir, una revisión retrospectiva de la historia clínica, donde se analizan los resultados y a partir de ellos se identifican posibles problemas asistenciales.
- Priorizar la evaluación de los procesos asistenciales, sobre la estructura.

En 1981 la JCAHO implanta el "Nuevo Estándar de Calidad". Este estándar requiere que en el hospital se integren los comités de mortalidad, tejidos, transfusiones, antibióticos, etc., en un único sistema de auditoría. Asimismo el estándar obliga a que se establezcan medidas para la verificación de la práctica clínica, informe de incidentes, delimitación de privilegios y la elaboración de un plan de aseguramiento escrito.

En 1982 se modifica el PSRO "Profesional Estándar Review Organization" (1972), que intenta vigilar la calidad técnica de la asistencia médica prestada a los beneficiarios del Medicare y Medicaid en EE.UU.

Los estándares de acreditación se establecen a un nivel factible máximo, para estimular el mejoramiento a través del tiempo.

Esta información ha servido para elaborar el presente Reglamento, que se lo denominará: "Normas Técnicas y Criterios de Calificación del Nivel de Complejidad de las Unidades Médicas".

**NORMAS TÉCNICAS Y CRITERIOS DE CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE
COMPLEJIDAD DE LAS UNIDADES MÉDICAS**

DEFINICIÓN

Condiciones de personal, infraestructura física, equipamiento, procedimientos técnicos y administrativos, que deben cumplir los prestadores de servicios de salud.

JUSTIFICACIÓN

Los prestadores de servicios de salud al igual que cualquier otra actividad, están sujetos a la evaluación permanente y control de calidad, debiendo seleccionar a los prestadores que cumplan con estas normas para atender a los afiliados del IESS.

OBJETIVOS

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



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
SUBDIRECCION DE ASEGURAMIENTO Y CONTROL DE PRESTACIONES

**NORMAS TÉCNICAS Y CRITERIOS DE CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE COMPLEJIDAD
DE LAS UNIDADES MÉDICAS**

- Conformar la red de prestadores de salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, que incluya prestadores internos y externos.
- Actualizar la referencia y contrarreferencia de pacientes en la red de prestadores.
- Mejorar la calidad del cuidado de la salud, estableciendo metas óptimas para los prestadores de servicios de salud en cumplimiento con los estándares.
- Estimular y mejorar la integración y administración de los servicios de salud.
- Establecer una base de datos comparativa de las unidades médicas capaces de cumplir con estándares o criterios selectos de estructura, proceso y resultado.
- Reforzar la confianza del usuario.
- Reducir los riesgos derivados de la atención médica para los pacientes y el personal.

PROCESO DE APLICACIÓN DE LAS NORMAS TÉCNICAS

Las fases de este proceso, incluyen:

Fase 1: Capacitación

- Capacitación al personal de la Seguro General de Salud Individual y Familiar
- Conformación de equipos de evaluación
- Talleres de entrenamiento
- Supervisión y educación continua
- Revisión de los estándares de calidad para las unidades médicas

Fase 2: Presentación de la documentación por parte de los prestadores

Esta fase contempla el cumplimiento y remisión por parte del servicio o servicios del prestador de salud, de los formularios de autoevaluación adjuntos a la solicitud de evaluación (Formulario 1, Anexo 1).

Requisitos mínimos

Se han establecido determinados requisitos mínimos cuyo cumplimiento será obligatorio para cualquier prestador de salud que desee ser calificado (Formulario 2, Anexo 2)

Recursos Humanos del Prestador de Salud

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



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
SUBDIRECCION DE ASEGURAMIENTO Y CONTROL DE PRESTACIONES

**NORMAS TÉCNICAS Y CRITERIOS DE CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE COMPLEJIDAD
DE LAS UNIDADES MÉDICAS**

nivel de calidad adecuado. Los requisitos mínimos de personal se detallan en el Anexo 3.

Situación Económica – Financiera

Para ser objeto de calificación por parte de la Comisión, los prestadores externos de servicios de salud deberán acreditar su capacidad financiera, para lo cual deberán presentar la información requerida en estas normas y formularios financieros.

Como parte de la información financiera deberán adjuntarse los siguientes documentos, para los dos últimos periodos fiscales:

Balance General Auditado	Formulario 4
Estado de Resultados o Estado de Pérdidas y Ganancias	Formulario 5
Estado de fuentes y usos de fondos	Formulario 6
Capital de trabajo	Formulario 7
Variaciones de la situación financiera del proponente	Formulario 8
Formulario de referencia bancarias, comerciales y financieras (Empresas Privadas)	Formulario 9
Dictamen de los Estados Financieros del Auditor Externo	

Con base en la información de los Estados Financieros se determinarán los siguientes indicadores, con un puntaje de calificación total de quince (15) puntos, como se describe a continuación.

Se contemplarán los siguientes factores, de acuerdo con la información consignada en el Balance General y Estado de Perdidas y Ganancias al 31 de diciembre de cada año fiscal:

FACTOR	PUNTAJE
Razón Corriente	1.50
Razón de la prueba ácida (o liquidez inmediata)	1.50
Razón de Endeudamiento	1.50
Apalancamiento Financiero	1.50
Rotación del Activo Total	1.50

Los puntajes anteriores serán asignados de conformidad con los siguientes rangos:



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
SUBDIRECCION DE ASEGURAMIENTO Y CONTROL DE PRESTACIONES

**NORMAS TÉCNICAS Y CRITERIOS DE CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE COMPLEJIDAD
DE LAS UNIDADES MÉDICAS**

RAZÓN CORRIENTE:

$$\text{Razón corriente} = \frac{\text{Activo circulante}}{\text{Pasivo circulante}}$$

RAZON CORRIENTE	
RANGO	PUNTAJE
Menor a 1	0.00
De 1.01 a 1.20	0.25
De 1.21 a 1.40	0.50
De 1.41 a 1.60	0.75
De 1.61 a 1.80	1.00
De 1.81 a 2	1.25
Mayor a 2	1.50

RAZÓN DE LA PRUEBA ÁCIDA (O LIQUIDEZ INMEDIATA):

$$\text{Razón de la prueba ácida (o liquidez inmediata)} = \frac{\text{Activo circulante} - \text{Inventarios}}{\text{Pasivo circulante}}$$

RAZÓN DE LA PRUEBA ÁCIDA	
RANGO	PUNTAJE
Menor a 0.75	0.00
De 0.75 a 1.1	0.75
Mayor a 1.1	1.50

RAZÓN DE ENDEUDAMIENTO:

$$\text{Razón de endeudamiento} = \frac{\text{Deuda total}}{\text{Activos totales}}$$

RAZÓN DE ENDEUDAMIENTO	
RANGO	PUNTAJE
Mayor al 60.01%	0.00
Entre el 44% y el 60.0%	0.75
Menor al 44%	1.50

APALANCAMIENTO FINANCIERO:

$$\text{Apalancamiento financiero} = \frac{\text{Activo total}}{\text{Patrimonio}}$$

APALANCAMIENTO FINANCIERO	
RANGO	PUNTAJE
Menor a 0.7	0.00
De 0.7 a 1.1	0.75
Mayor a 1.1	1.50



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO Y CONTROL DE PRESTACIONES

**NORMAS TÉCNICAS Y CRITERIOS DE CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE COMPLEJIDAD
DE LAS UNIDADES MÉDICAS**

ROTACIÓN DEL ACTIVO TOTAL:

$$\text{Rotación de activos total} = \frac{\text{Ventas}}{\text{Activos totales}}$$

ROTACIÓN DE ACTIVOS TOTAL	
RANGO	PUNTAJE
Menor a 1.2	0.00
De 1.2 a 1.6	0.75
Mayor a 1.6	1.50

Se evaluarán dos años fiscales, cada uno con una ponderación del 50% y un peso de 5% en el puntaje total (Anexo 4).

Disponibilidad de Servicios

El formulario 10 (Anexo 5) contiene el listado de servicios y facilidades que puede ofrecer potencialmente cada unidad médica, clasificado por el nivel de complejidad correspondiente. Todas las variables tienen un puntaje similar y su ponderación representará el 30% del puntaje total, para prestadores internos y externos.

Infraestructura – Instalaciones Físicas

Para calificar la infraestructura física de las instituciones de salud se diseñó el formulario 11 (Anexo 6), que incluye ciertos detalles de: Estructura, sistemas de ingeniería, instalaciones y equipos, clasificados por su nivel de complejidad. Todas las variables tienen similar puntaje estableciéndose la diferencia en la totalización de los mismos por cada tipo de unidad médica, el total será a su vez ponderado para que represente el 30% del puntaje total, para prestadores internos y externos.

Equipamiento Institucional

El formulario 12 (Anexo 7) ha sido estructurado tomando en cuenta el equipamiento de cada uno de los servicios, clasificados por nivel de complejidad. A cada equipo se le ha asignado un coeficiente técnico, que refleja el costo económico del equipo al que hace referencia; este deberá ser multiplicado por el número disponible de cada uno de esos equipos, en condiciones de uso. El puntaje total equivaldrá a la sumatoria de los puntajes parciales de los equipos totalizados por servicio, cuyo valor final tendrá una ponderación del 35% en la calificación total en caso de ser calificada la situación financiera y del 40% en la calificación total, en caso de no contar con situación financiera. Los prestadores que sobrepasen el puntaje del tabulador en esta categoría, para efectos de su ponderación emplearán el valor máximo señalado en el tabulador.



Fase 3: Inspección

El objetivo es verificar la veracidad de los datos remitidos en los formularios correspondientes por los prestadores de salud.

- Programación de horario
- Arreglos logísticos
- Inspecciones locales. Las actividades o componentes típicos de una inspección, incluyen:
 - Observación del cuidado y los servicios proporcionados al paciente.
 - Visita del edificio y sus instalaciones.
 - Evaluación de los estándares de seguridad completa del edificio, manejo de desechos, mantenimiento, limpieza y seguridad contra incendios.
 - Revisión de las historias clínicas de los pacientes.
 - Los servicios de diagnóstico tales como el departamento de radiología y laboratorio se evaluarán también con respecto a seguridad, eficacia, control de la calidad y administración del equipo.
 - Inspección de los servicios de apoyo: Farmacia, dietética, etc.

Fase 4: Procesamiento de la información

La fase 4 contempla, los procedimientos a ser realizados por los equipos de evaluación para documentar y clasificar sus hallazgos:

- Procesamiento de datos en la base correspondiente preparada ad hoc.
- Análisis de los hallazgos
- Elaboración del informe por parte del equipo de evaluación

Fase 5: Elaboración del informe

Elaboración del informe de evaluación de la Unidad Médica por parte de la Subdirección de Prestaciones de Salud o Jefatura de Departamento de Prestaciones de Salud. Como constancia firmará en la Solicitud de Evaluación de la Unidad Médica.

Fase 6: Ratificación del informe

Ratificación de la aprobación de la solicitud por parte del Director Nacional Médico Social. Como constancia el señor Director firmará en la Solicitud de Evaluación de la Unidad Médica.

Fase 7: Proceso contractual

A fin de poder contratar con los diversos prestadores los servicios médicos que demanden los afiliados, deberá realizarse el respectivo proceso precontractual, luego de lo cual se efectuará:

- Elaboración del Contrato.
- Registro de la Nueva Unidad Médica en la base de datos respectiva.



Fase 8: Seguimiento

Control periódico de los indicadores de calidad establecidos y el grado de cumplimiento de cada prestador de salud.

DETALLE DEL CONTENIDO DE LOS FORMULARIOS PARA LA APLICACIÓN DE LAS NORMAS TÉCNICAS

RECURSOS HUMANOS

El personal que presta los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos educativos exigidos por la normativa legal vigente para ejercer la profesión, recogidos en los siguientes criterios.

Criterios:

1. Los profesionales, especialistas, tecnólogos, técnicos y auxiliares asistenciales; cuentan con el título formal expedido por una institución debidamente reconocida por las entidades correspondientes.
2. Verificar por muestreo los títulos de especialista, profesional, técnico y los certificados respectivos, junto con la comprobación de no estar suspendidos del ejercicio profesional.
3. Cuenta con procedimientos documentados para la supervisión de personal en entrenamiento por parte de personal debidamente autorizado para prestar servicios de salud. Los procedimientos incluyen mecanismos de control para su cumplimiento.
4. Todo el personal que trabaja en la institución se encuentra identificado, incluyendo el personal en entrenamiento.

INFRAESTRUCTURA – INSTALACIONES FÍSICAS

Las condiciones de áreas, materiales, ventilación, iluminación, distribución, señalización y mantenimiento de las instalaciones físicas y áreas asistenciales; si son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.

Criterios:

1. Los servicios hospitalarios y quirúrgicos sólo se podrán prestar en edificaciones exclusivas para la prestación de servicios de salud.
2. Dispone de planos completos y actualizados con las especificaciones de todas las dependencias e instalaciones.



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
SUBDIRECCION DE ASEGURAMIENTO Y CONTROL DE PRESTACIONES

**NORMAS TÉCNICAS Y CRITERIOS DE CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE COMPLEJIDAD
DE LAS UNIDADES MÉDICAS**

3. Las condiciones de las instalaciones físicas de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.

EQUIPAMIENTO INSTITUCIONAL

Cuenta con los equipos indispensables en las condiciones y mantenimiento adecuados para prestar los servicios que ofrece.

Criterios:

1. Utilizar los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad, respaldo y soporte técnico - científico que garantice la atención médica.
2. Disponer de un inventario donde se incluyan todos los elementos con que cuente el prestador de salud.
3. El mantenimiento de los equipos, se hace con sujeción a un programa de carácter preventivo y la calibración de los equipos, cumple con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes.

HISTORIA CLÍNICA

Registra las actividades y procedimientos médicos realizados a los pacientes en la historia clínica correspondiente.

Criterios:

1. Cuenta con una historia clínica por paciente.
2. Se garantiza la debida confidencialidad de los documentos.

En el Anexo 9, Formulario 13 se definen los registros mínimos obligatorios por categoría de servicio.

INDICADORES DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Los prestadores de salud, deberán presentar para su calificación y cuando se les requiera los siguientes indicadores:

Consultas
N° de consultas atendidas

Consultas por grupo de edad
Menores de 1 año
De 1 a 14 años
De 15 a 54 años
De 55 años en adelante

Consultas por sexo
Hombres
Mujeres



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
SUBDIRECCION DE ASEGURAMIENTO Y CONTROL DE PRESTACIONES

**NORMAS TÉCNICAS Y CRITERIOS DE CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE COMPLEJIDAD
DE LAS UNIDADES MÉDICAS**

- Exámenes de laboratorio/año
 - Consulta externa
 - Emergencia
 - Hospitalización
- Imagenología, estudios/año
 - Consulta externa
 - Emergencia
 - Hospitalización
- Farmacia N° prescripciones/año
 - Consulta externa
 - Emergencia
 - Hospitalización
- Cirugía ambulatoria
 - N° pacientes atendidos/año
- Egresos obstétricos/año
 - Partos
 - Cesáreas
 - Abortos
 - Otros
- Nacimientos/año
 - Nacidos vivos
 - Nacidos muertos
- Emergencias hospitalarias/año
 - N° pacientes atendidos
 - N° curaciones
- Intervenciones quirúrgicas/año
 - Hospitalización
 - Emergencia
 - Cirugía ambulatoria
- Indices e indicadores
 - Camas de dotación
 - Camas disponibles
 - Días estadía total
 - Días cama disponibles
 - N° Consultas por egreso
 - Porcentaje de ocupación
 - Promedio días estadía
 - Rendimiento cama
 - Intervalo de giro
 - Tasa neta de mortalidad cada 100 egresos
 - Partos cada 100 egresos obstétricos
 - Cesáreas cada 100 alumbramientos
 - Abortos cada 100 gestantes internadas
 - Tasa mortalidad materna por 1000 nacidos vivos
 - Tasa mortalidad neonatal cada 1000 nacidos vivos
 - Tasa cruda de mortalidad cada 100 egresos hospitalarios
 - Intervenciones quirúrgicas cada 100 egresos
 - Promedio de días de estadía en clínica
 - Promedio de días de estadía en cirugía
 - Promedio de días de estadía en pediatría
 - Promedio de días de estadía en ginecología
 - Promedio de días de estadía en obstetricia

En el Anexo 10, formulario 14 se encuentra la plantilla que deberá ser remitida por los prestadores de salud.



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
SUBDIRECCION DE ASEGURAMIENTO Y CONTROL DE PRESTACIONES

NORMAS TÉCNICAS Y CRITERIOS DE CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE COMPLEJIDAD DE LAS UNIDADES MÉDICAS

RESULTADOS

El proceso de calificación de los prestadores de salud, podrá arrojar los siguientes resultados:

- Acreditación completa
- Acreditación con recomendaciones
- Acreditación provisional
- No acreditación

El puntaje total obtenido en los formularios correspondientes nos indicará si el prestador de salud está acreditado o no, para ofrecer sus servicios al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (Anexo 8).

CUADRO 2
RESULTADOS DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN
PRESTADORES EXTERNOS

TABULADOR	DISPENSARIOS			HOSPITALES		
	ANX/UB	UAA	CAA	1	2	3
Situación Económica – Financiera	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00
Disponibilidad de Servicios	3.00	24.00	93.00	62.00	150.00	192.00
Infraestructura – Instalaciones Físicas	8.00	25.00	48.50	72.50	132.50	153.50
Equipamiento Institucional	0.27	2.26	17.24	14.39	48.41	265.76
PUNTAJE TOTAL	4.14	16.24	49.23	46.13	102.44	197.42
PUNTAJE MÍNIMO POR NIVEL	2.69	10.56	32.00	29.99	66.59	128.32

Ponderadores	DISPENSARIOS			HOSPITALES		
	ANX/UB	UAA	CAA	1	2	3
Situación Económica – Financiera	5%	5%	5%	5%	5%	5%
Disponibilidad de Servicios	30%	30%	30%	30%	30%	30%
Infraestructura – Instalaciones Físicas	30%	30%	30%	30%	30%	30%
Equipamiento Institucional	35%	35%	35%	35%	35%	35%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%

	DISPENSARIOS						HOSPITALES					
	ANX/UB		UAA		CAA		1		2		3	
	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta
Acreditación completa	3.03	6.14	13.00	24.24	38.70	57.78	36.92	58.13	81.97	110.12	157.94	297.42
Acreditación con recomendaciones	2.50	3.02	11.89	12.99	33.51	38.89	33.75	36.91	74.92	81.95	144.37	157.93
Acreditación provisional	2.22	2.49	8.06	11.88	25.90	33.50	25.99	33.74	59.59	74.91	128.32	144.36
No acreditación	0.00	2.21	6.15	8.05	24.25	25.79	24.30	25.98	58.14	59.58	110.13	128.31



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
SUBDIRECCION DE ASEGURAMIENTO Y CONTROL DE PRESTACIONES

NORMAS TÉCNICAS Y CRITERIOS DE CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE COMPLEJIDAD DE LAS UNIDADES MÉDICAS

CUADRO 3
RESULTADOS DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN
PRESTADORES INTERNOS

TABULADOR	DISPENSARIOS			HOSPITALES		
	ANX/UB	UAA	CAA	1	2	3
Situación Económica – Financiera						
Disponibilidad de Servicios	3.00	24.00	93.00	62.00	150.00	192.00
Infraestructura – Instalaciones Físicas	8.00	25.00	48.50	72.50	132.50	153.50
Equipamiento Institucional	0.27	2.26	17.24	14.39	48.41	265.76
PUNTAJE TOTAL	3.41	15.60	49.35	46.10	104.12	209.96
PUNTAJE MÍNIMO POR NIVEL	2.22	10.14	32.08	29.97	67.67	136.47

Ponderadores	DISPENSARIOS			HOSPITALES		
	ANX/UB	UAA	CAA	1	2	3
Situación Económica – Financiera						
Disponibilidad de Servicios	30%	30%	30%	30%	30%	30%
Infraestructura – Instalaciones Físicas	30%	30%	30%	30%	30%	30%
Equipamiento Institucional	40%	40%	40%	40%	40%	40%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%

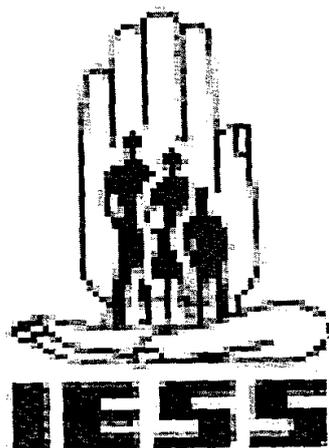
El producto del puntaje obtenido en cada categoría del tabulador por sus coeficientes ponderadores correspondientes, nos indicará la categoría de acreditación que obtuvo:

	DISPENSARIOS						HOSPITALES					
	ANX		UAA		CAA		1		2		3	
	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta
Acreditación completa	2.74	3.41	12.49	15.60	39.49	49.35	36.89	46.10	83.30	104.12	167.97	209.96
Acreditación con recomendaciones	2.50	2.73	11.42	12.48	36.09	39.48	33.72	36.88	76.14	83.29	153.54	167.96
Acreditación provisional	2.22	2.49	10.14	11.41	32.08	36.08	29.97	33.71	67.67	76.13	136.47	153.53
No acreditación	0.00	2.21	0.00	10.13	0.00	32.07	0.00	29.96	0.00	67.66	0.00	136.46

ACREDITACIÓN DE CENTROS DE DIÁLISIS

La calificación de estos prestadores estará sujeta a cumplir los requerimientos que para el efecto fueron diseñados por la Comisión de expertos conformada en su oportunidad. No creemos conveniente que este instrumento sufra modificación alguna. Por esta razón, lo reproducimos íntegramente en el Anexo 11.

Subdirección Aseguramiento y Control de Prestaciones



**NORMAS TÉCNICAS DE ACREDITACIÓN Y
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN
NIVEL DE COMPLEJIDAD
UNIDADES MÉDICAS**

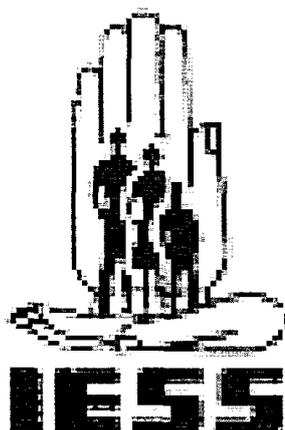
Anexo 1

Formulario 1: Autoevaluación

ANEXO 1
FORMULARIO 1

 INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL SEGURO GENERAL DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR SUBDIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO Y CONTROL DE PRESTACIONES																											
FORMULARIO 1: AUTOEVALUACIÓN																											
1.- NOMBRE: <input type="checkbox"/> PERSONA JURÍDICA <input type="checkbox"/> PERSONA NATURAL		2.- R.U.C.	3.- N° PATRONAL																								
<i>PRESTADOR MÉDICO</i>																											
5.- CALLES Y N°	6.- CIUDAD	7.- TELÉFONO	8.- FAX																								
10.- DOCUMENTOS PRESENTADOS PARA SU CALIFICACIÓN <p style="text-align: center;">JURÍDICAS:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Requisitos mínimos</td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Respaldo Profesional del Prestador de Salud</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Balance General Auditado</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Estado de Resultados o Estado de Pérdidas y Ganancias</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Estado de fuentes y usos de fondos</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Capital de trabajo</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Variaciones de la situación financiera del proponente</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Formulario de referencia bancarias, comerciales y financieras</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Dictamen de los Estados Financieros del Auditor Externo</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Disponibilidad de Servicios</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Infraestructura – Instalaciones Físicas</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Equipamiento Institucional</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>				Requisitos mínimos	<input type="checkbox"/>	Respaldo Profesional del Prestador de Salud	<input type="checkbox"/>	Balance General Auditado	<input type="checkbox"/>	Estado de Resultados o Estado de Pérdidas y Ganancias	<input type="checkbox"/>	Estado de fuentes y usos de fondos	<input type="checkbox"/>	Capital de trabajo	<input type="checkbox"/>	Variaciones de la situación financiera del proponente	<input type="checkbox"/>	Formulario de referencia bancarias, comerciales y financieras	<input type="checkbox"/>	Dictamen de los Estados Financieros del Auditor Externo	<input type="checkbox"/>	Disponibilidad de Servicios	<input type="checkbox"/>	Infraestructura – Instalaciones Físicas	<input type="checkbox"/>	Equipamiento Institucional	<input type="checkbox"/>
Requisitos mínimos	<input type="checkbox"/>																										
Respaldo Profesional del Prestador de Salud	<input type="checkbox"/>																										
Balance General Auditado	<input type="checkbox"/>																										
Estado de Resultados o Estado de Pérdidas y Ganancias	<input type="checkbox"/>																										
Estado de fuentes y usos de fondos	<input type="checkbox"/>																										
Capital de trabajo	<input type="checkbox"/>																										
Variaciones de la situación financiera del proponente	<input type="checkbox"/>																										
Formulario de referencia bancarias, comerciales y financieras	<input type="checkbox"/>																										
Dictamen de los Estados Financieros del Auditor Externo	<input type="checkbox"/>																										
Disponibilidad de Servicios	<input type="checkbox"/>																										
Infraestructura – Instalaciones Físicas	<input type="checkbox"/>																										
Equipamiento Institucional	<input type="checkbox"/>																										
<hr style="width: 20%; margin: auto;"/> REPRESENTANTE LEGAL																											

Subdirección Aseguramiento y Control de Prestaciones



NORMAS TÉCNICAS DE ACREDITACIÓN Y CRITERIOS DE CALIFICACIÓN NIVEL DE COMPLEJIDAD UNIDADES MÉDICAS

Anexo 2 Formulario 2: Requisitos Mínimos

**ANEXO 2
FORMULARIO 2**

	REQUISITOS PARA LOS PRESTADORES	Marque el casillero, en caso de contar con:
---	--	--

a. Requisitos administrativos

Permiso de funcionamiento otorgado por la Autoridad de Salud correspondiente
Manual de Procedimientos y Funciones
Historias clínicas individuales
Actividades de medicina preventiva para el personal
Plan de emergencias y desastres
Sistema de prevención y extinción de incendios
Planos de la obra, planta y estructura aprobados
Planos de instalaciones de agua, gases medicinales, electricidad y desagües
Planos de las instalaciones de servicios básicos existentes
Plan arquitectónico de obras en ejecución o por ejecutar
Cumplimiento de la normativa para el manejo de desechos hospitalarios
Cumplimiento de las normas de protección radiológica, en caso de ofertar estos servicios
Control de vectores
Certificado de cumplimiento de contratos con el Estado otorgado por la Contraloría
Certificado de obligaciones patronales otorgado por el IESS
Certificado de cumplimiento de contratos con el IESS
Certificado de cumplimiento de obligaciones otorgado por la Superintendencia de Compañías
Declaración del impuesto a la renta del último año

b. Manejo de información

Registro diario de atenciones y su consolidación mensual
Registro de enfermedades de notificación obligatoria
Manejo de la historia clínica:
Anamnesis y examen físico
Indicaciones
Evolución
Exámenes complementarios
Notas de enfermería
Fecha y hora del ingreso a quirófano
Hoja de anestesia
Protocolo operatorio
Número de orden del ingreso
Nombres y apellidos del paciente
Edad y sexo del paciente
Número de documento de identidad
Número de historia clínica
Fecha y hora del ingreso
Diagnóstico de ingreso
Procedimiento realizado
Tipo de anestesia aplicada
Identificación del profesional que realiza la cirugía
Nombres y apellidos del anestesiólogo
Tiempo de duración del procedimiento
Fecha y hora del egreso del quirófano
Destino del paciente

* En los que sea aplicable al prestador dependiendo de la naturaleza de los servicios que oferta

ANEXO 2
FORMULARIO 2

	REQUISITOS PARA LOS PRESTADORES	Marque el casillero, en caso de contar con:
---	---------------------------------	---

c. Procedimientos Técnico-Administrativos

Procedimientos para el manejo de desechos sólidos y biológicos
Disponibilidad de servicios de apoyo y diagnóstico las 24 horas
Evaluación y registro preanestésico
Preparación del paciente para el acto quirúrgico
Traslado del paciente al quirófano
Recepción del paciente
Procedimientos de asepsia y antisepsia
Difusión y cumplimiento de medidas de bioseguridad
Elaboración de formatos específicos de la historia clínica
Información a la familia
Procedimientos en caso de muerte de un paciente

d. Sistema de Información

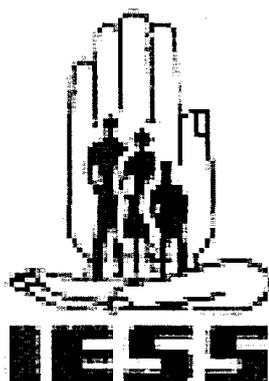
Registro de enfermedades de notificación obligatoria
Registro de diagnósticos de ingreso y egreso en la historia clínica
Registro de infecciones nosocomiales
Registro de complicaciones por servicio
Censo diario de pacientes
Horarios de visita fijados en lugares visibles
Registro de:
Cirugías programadas
Cirugías de urgencias
Cirugías ambulatorias
Cirugías canceladas
Accidentes quirúrgicos y anestésicos
Muestras biológicas
Mortalidad intraoperatoria

e. Transporte y Comunicaciones

Sistema de llamado de pacientes al puesto de servicio
Disponibilidad de mecanismos de comunicación interna
Disponibilidad de mecanismos de comunicación externa
Servicio de ambulancia con equipamiento para RCP

* En los que sea aplicable al prestador dependiendo de la naturaleza de los servicios que oferta

Subdirección Aseguramiento y Control de Prestaciones



**NORMAS TÉCNICAS DE ACREDITACIÓN Y
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN
NIVEL DE COMPLEJIDAD
UNIDADES MÉDICAS**

Anexo 3

Formulario 3: Recursos Humanos

**ANEXO 3
FORMULARIO 3**

	PERSONAL	N°
Abogado		
Arquitecto		
Auxiliar contable		
Auxiliar de enfermería		
Auxiliar de estadística		
Auxiliar de esterilización		
Auxiliar de farmacia		
Auxiliar de guardalmacén		
Auxiliar de laboratorio		
Auxiliar de lavandería		
Auxiliar de odontología		
Auxiliar de servicios de alimentación		
Auxiliar de servicios de limpieza		
Auxiliar de servicios generales		
Bodeguero		
Chofer		
Conserje		
Contador		
Digitador		
Economista		
Enfermeras profesionales		
Fisioterapeutas		
Guardia		
Informático		
Ingeniero		
Internos rotativos		
Médico especialista		
Médico general		
Médicos residentes asistenciales		
Médicos residentes de postgrado		
Nutricionista		
Odontólogo		
Psicólogo		
Químico-farmacéutico		
Secretaría		
Técnico de mantenimiento		
Técnico en medicina nuclear		
Técnico en Rx		
Tecnólogo Médico		
Tesorero		
Trabajadora Social		
Otros, Personal Profesional (Especificar)		
Otros, Personal no Profesional (Especificar)		

**ANEXO 3
FORMULARIO 3**

REQUERIMIENTOS MÍNIMOS

Médicos Residentes (1:20 pacientes en el servicio)
Enfermera (1:20 pacientes durante el día)
Enfermera (1:30 pacientes durante la noche)
Auxiliar de enfermería (1:7 pacientes durante el día)
Auxiliar de enfermería (1:10 pacientes durante la noche)

Recuperación, Unidad Coronaria, Urgencias, UTI

Médico en guardia activa las 24 horas
Personal de enfermería con asignación exclusiva a urgencias
Médicos de las especialidades básicas en guardia activa las 24 horas
Médicos de otras especialidades en guardia pasiva las 24 horas

Servicios: Rx, Laboratorio, Farmacia

Personal de laboratorio en guardia activa las 24 horas
Personal de farmacia en guardia activa las 24 horas
Personal de rayos x en guardia activa las 24 horas

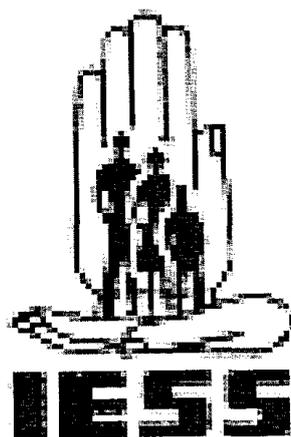
ANESTESIOLOGÍA Y SALA DE OPERACIONES

Médico en guardia activa las 24 horas
Personal de enfermería con asignación exclusiva a sala de operaciones
Personal de apoyo (Auxiliares de enfermería, instrumentistas, servicios generales), en guardia activa las 24 horas

DIETÉTICA

Nutricionista que se encarga de la organización del servicio

Subdirección Aseguramiento y Control de Prestaciones



**NORMAS TÉCNICAS DE ACREDITACIÓN Y
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN
NIVEL DE COMPLEJIDAD
UNIDADES MÉDICAS**

**Anexo 4
Situación Económica - Financiera**

ANEXO 4
FORMULARIO 4



BALANDE GENERAL

(En dólares de los Estados Unidos)

	Año 1	Año 2
ACTIVO		
ACTIVO CORRIENTE		
Caja		
Bancos		
Inversiones		
Cuentas por cobrar		
Documentos por cobrar		
Inventarios		
ACTIVO FIJO		
Terrenos		
Edificaciones		
Maquinaria y equipo		
Vehículos		
Equipo de Oficina		
Otros		
ACTIVOS INTANGIBLES		
ACTIVOS DIFERIDOS		
Gastos Preoperativos		
OTROS ACTIVOS		
Obras en proceso		
Otros		
PASIVO		
PASIVO CORRIENTE		
Obligaciones por pagar		
Cuentas por pagar		
Documentos por pagar		
PASIVO A LARGO PLAZO		
Cuentas por pagar		
Documentos por pagar		
OTROS PASIVOS		
PATRIMONIO		
Capital social		
Reservas		
Utilidad / Pérdida		
PATRIMONIO + CAPITAL		

ANEXO 4
FORMULARIO 5



ESTADO DE PÉRDIDAS Y GANANCIAS (ESTADO DE RESULTADOS)

(En dólares de los Estados Unidos)

Año	1	2
INGRESOS POR CONCEPTO DE VENTAS		
- COSTOS DE VENTAS		
= UTILIDAD BRUTA EN VENTAS		
- GASTOS OPERATIVOS		
= UTILIDAD OPERATIVA		
+ OTROS INGRESOS		
- OTROS EGRESOS		
- INTERESES		
= UTILIDAD ANTES DE IMPUESTOS		
- IMPUESTOS		
= UTILIDAD NETA		
- DIVIDENDOS		
= UTILIDADES NO REPARTIDAS		
UTILIDADES NO REPARTIDAS ACUMULADAS		

ANEXO 4
FORMULARIO 6



ESTADO DE FUENTES Y USOS DE FONDOS

Año	1	2
1. ENTRADAS DE EFECTIVO		
1.1 Recursos Financieros		
1.2 Ingresos por concepto de ventas		
1.3 Valor remanente en el último año		
TOTAL ENTRADAS DE EFECTIVO		
2. SALIDAS DE EFECTIVO		
2.1 Incremento de activos totales		
2.2 Costos de operación netos de depreciación amortización de diferidos		
2.3 Costos financieros		
2.4 Pago de préstamos		
2.5 Impuestos		
2.6 Dividendos		
TOTAL SALIDAS DE EFECTIVO		
ENTRADAS MENOS SALIDAS		
SALDO ACUMULADO DE EFECTIVO		

ANEXO 4
FORMULARIO 7

CAPITAL DE TRABAJO



(En dólares de los Estados Unidos)

	Año 1	Año 2
ACTIVO CORRIENTE		
Caja		
Bancos		
Inversiones		
Cuentas por cobrar		
Documentos por cobrar		
Inventarios		
PASIVO CORRIENTE		
Obligaciones por pagar		
Cuentas por pagar		
Documentos por pagar		
CAPITAL DE TRABAJO		

ANEXO N°2:
“INSTRUMENTO DE ACREDITACIÓN DEL IESS”

 INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL SEGURO GENERAL DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR SUBDIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO Y CONTROL DE PRESTACIONES			
FORMULARIO 1: AUTOEVALUACIÓN			
1.- NOMBRE: <input type="checkbox"/> PERSONA JURÍDICA <input type="checkbox"/> PERSONA NATURAL		2.- R.U.C.	3.- N° PATRONAL
<i>PRESTADOR MÉDICO</i>			
5.- CALLES Y N°	6.- CIUDAD	7.- TELÉFONO	8.- FAX
10.- DOCUMENTOS PRESENTADOS PARA SU CALIFICACIÓN			
JURÍDICAS:			
Requisitos mínimos			
Respaldo Profesional del Prestador de Salud			
Balance General Auditado			
Estado de Resultados o Estado de Pérdidas y Ganancias			
Estado de fuentes y usos de fondos			
Capital de trabajo			
Variaciones de la situación financiera del proponente			
Formulario de referencia bancarias, comerciales y financieras			
Dictamen de los Estados Financieros del Auditor Externo			
Disponibilidad de Servicios			
Infraestructura – Instalaciones Físicas			
Equipamiento Institucional			
<hr style="width: 20%; margin: 0 auto;"/> REPRESENTANTE LEGAL			

**REQUISITOS PARA LOS PRESTADORES**Marque con x
en caso de
contar con:**a. Requisitos administrativos**

Permiso de funcionamiento otorgado por la Autoridad de Salud correspondiente	
Manual de Procedimientos y Funciones	
Historias clínicas individuales	
Actividades de medicina preventiva para el personal	
Plan de emergencias y desastres	
Sistema de prevención y extinción de incendios	
Planos de la obra, planta y estructura aprobados	
Planos de instalaciones de agua, gases medicinales, electricidad y desagües	
Planos de las instalaciones de servicios básicos existentes	
Plan arquitectónico de obras en ejecución o por ejecutar	
Cumplimiento de la normativa para el manejo de desechos hospitalarios	
Cumplimiento de las normas de protección radiológica, en caso de ofertar estos servicios	
Control de vectores	
Certificado de cumplimiento de contratos con el Estado otorgado por la Contraloría	
Certificado de obligaciones patronales otorgado por el IESS	
Certificado de cumplimiento de contratos con el IESS	
Certificado de cumplimiento de obligaciones otorgado por la Superintendencia de Compañías	
Declaración del impuesto a la renta del último año	

b. Manejo de información

Registro diario de atenciones y su consolidación mensual	
Registro de enfermedades de notificación obligatoria	
Manejo de la historia clínica:	
Anamnesis y examen físico	
Indicaciones	
Evolución	
Exámenes complementarios	
Notas de enfermería	
Fecha y hora del ingreso a quirófano	
Hoja de anestesia	
Protocolo operatorio	
Número de orden del ingreso	
Nombres y apellidos del paciente	
Edad y sexo del paciente	
Número de documento de identidad	
Número de historia clínica	
Fecha y hora del ingreso	
Diagnóstico de ingreso	
Procedimiento realizado	
Tipo de anestesia aplicada	
Identificación del profesional que realiza la cirugía	
Nombres y apellidos del anestesiólogo	
Tiempo de duración del procedimiento	
Fecha y hora del egreso del quirófano	
Destino del paciente	

c. Procedimientos Técnico-Administrativos

Procedimientos para el manejo de desechos sólidos y biológicos
Disponibilidad de servicios de apoyo y diagnóstico las 24 horas
Evaluación y registro preanestésico
Preparación del paciente para el acto quirúrgico
Traslado del paciente al quirófano
Recepción del paciente
Procedimientos de asepsia y antisepsia
Difusión y cumplimiento de medidas de bioseguridad
Elaboración de formatos específicos de la historia clínica
Información a la familia
Procedimientos en caso de muerte de un paciente

d. Sistema de Información

Registro de enfermedades de notificación obligatoria
Registro de diagnósticos de ingreso y egreso en la historia clínica
Registro de infecciones nosocomiales
Registro de complicaciones por servicio
Censo diario de pacientes
Horarios de visita fijados en lugares visibles
Registro de:
Cirugías programadas
Cirugías de urgencias
Cirugías ambulatorias
Cirugías canceladas
Accidentes quirúrgicos y anestésicos
Muestras biológicas
Mortalidad intraoperatoria

e. Transporte y Comunicaciones

Sistema de llamado de pacientes al puesto de servicio
Disponibilidad de mecanismos de comunicación interna
Disponibilidad de mecanismos de comunicación externa
Servicio de ambulancia con equipamiento para RCP

	PERSONAL	N°
Abogado		
Arquitecto		
Auxiliar contable		
Auxiliar de enfermería		
Auxiliar de estadística		
Auxiliar de esterilización		
Auxiliar de farmacia		
Auxiliar de guardalmacén		
Auxiliar de laboratorio		
Auxiliar de lavandería		
Auxiliar de odontología		
Auxiliar de servicios de alimentación		
Auxiliar de servicios de limpieza		
Auxiliar de servicios generales		
Bodeguero		
Chofer		
Conserje		
Contador		
Digitador		
Economista		
Enfermeras profesionales		
Fisioterapistas		
Guardia		
Informático		
Ingeniero		
Internos rotativos		
Médico especialista		
Médico general		
Médicos residentes asistenciales		
Médicos residentes de postgrado		
Nutricionista		
Odontólogo		
Psicólogo		
Químico-farmacéutico		
Secretaria		
Técnico de mantenimiento		
Técnico en medicina nuclear		
Técnico en Rx		
Tecnólogo Médico		
Tesorero		
Trabajadora Social		
Otros, Personal Profesional (Especificar)		
AUDITOR INTERNO		
ING. MARKETING		
Otros, Personal no Profesional (Especificar)		

	PERSONAL	N°
Abogado		
Arquitecto		
Auxiliar contable		
Auxiliar de enfermería		
Auxiliar de estadística		
Auxiliar de esterilización		
Auxiliar de farmacia		
Auxiliar de guardalmacén		
Auxiliar de laboratorio		
Auxiliar de lavandería		
Auxiliar de odontología		
Auxiliar de servicios de alimentación		
Auxiliar de servicios de limpieza		
Auxiliar de servicios generales		
Bodeguero		
Chofer		
Conserje		
Contador		
Digitador		
Economista		
Enfermeras profesionales		
Fisioterapeutas		
Guardia		
Informático		
Ingeniero		
Internos rotativos		
Médico especialista		
Médico general		
Médicos residentes asistenciales		
Médicos residentes de postgrado		
Nutricionista		
Odontólogo		
Psicólogo		
Químico-farmacéutico		
Secretaria		
Técnico de mantenimiento		
Técnico en medicina nuclear		
Técnico en Rx		
Tecnólogo Médico		
Tesorero		
Trabajadora Social		
Otros, Personal Profesional (Especificar)		
AUDITOR INTERNO		
ING. MARKETING		
Otros, Personal no Profesional (Especificar)		

REQUERIMIENTOS MÍNIMOS

Médicos Residentes (1:20 pacientes en el servicio)

Enfermera (1:20 pacientes durante el día)

Enfermera (1:30 pacientes durante la noche)

Auxiliar de enfermería (1:7 pacientes durante el día)

Auxiliar de enfermería (1:10 pacientes durante la noche)

Recuperación, Unidad Coronaria, Urgencias, UTI

Médico en guardia activa las 24 horas

Personal de enfermería con asignación exclusiva a urgencias

Médicos de las especialidades básicas en guardia activa las 24 horas

Médicos de otras especialidades en guardia pasiva las 24 horas

Servicios: Rx, Laboratorio, Farmacia

Personal de laboratorio en guardia activa las 24 horas

Personal de farmacia en guardia activa las 24 horas

Personal de rayos x en guardia activa las 24 horas

ANESTESIOLOGÍA Y SALA DE OPERACIONES

Médico en guardia activa las 24 horas

Personal de enfermería con asignación exclusiva a sala de operaciones

Personal de apoyo (Auxiliares de enfermería, instrumentistas, servicios generales),
en guardia activa las 24 horas

DIETÉTICA

Nutricionista que se encarga de la organización del servicio

**ANEXO 4
FORMULARIO 4**



BALANCE GENERAL

(En dólares de los Estados Unidos)

	Año 1	Año 2
ACTIVO	0,00	0,00
ACTIVO CORRIENTE	0,00	0,00
Caja		
Bancos		
Inversiones		
Cuentas por cobrar		
Documentos por cobrar		
Inventarios		
ACTIVO FIJO	0,00	0,00
Terrenos		
Edificaciones		
Maquinaria y equipo		
Vehículos		
Equipo de Oficina		
Otros		
Depreciación acumulada		
ACTIVOS INTANGIBLES		
ACTIVOS DIFERIDOS		
Gastos Preoperativos		
OTROS ACTIVOS	0,00	0,00
Acciones otras empresas derechos, fiducia, etc..		
PASIVO	0,00	0,00
PASIVO CORRIENTE	0,00	0,00
Obligaciones por pagar		
Cuentas y docs. por pagar		
Pasivos acumulados		
PASIVO A LARGO PLAZO	0,00	0,00
Préstamos Hipotecarios		
Provisión Jubilación Patronal		
OTROS PASIVOS		
PATRIMONIO	0,00	0,00
Capital social		
Reservas		
Utilidad / Pérdida		
PASIVO + PATRIMONIO	0,00	0,00

**ANEXO 4
FORMULARIO 5**



ESTADO DE PÉRDIDAS Y GANANCIAS (ESTADO DE RESULTADOS)

(En dólares de los Estados Unidos)

Año	1	2
INGRESOS POR CONCEPTO DE VENTAS		
- COSTOS DE VENTAS		
= UTILIDAD BRUTA EN VENTAS	0,00	0,00
- GASTOS OPERATIVOS		
= UTILIDAD OPERATIVA	0,00	0,00
+ OTROS INGRESOS		
- OTROS EGRESOS		
- INTERESES		
= UTILIDAD ANTES DE IMPUESTOS	0,00	0,00
- IMPUESTOS		
= UTILIDAD NETA	0,00	0,00
- DIVIDENDOS	0,00	0,00
= UTILIDADES NO REPARTIDAS	0,00	0,00
UTILIDADES NO REPARTIDAS ACUMULADAS		

ANEXO 4
FORMULARIO 7



CAPITAL DE TRABAJO

(En dólares de los Estados Unidos)

	Año 1	Año 2
ACTIVO CORRIENTE	0,00	0,00
Caja	0,00	0,00
Bancos		
Inversiones	0,00	0,00
Cuentas por cobrar	0,00	0,00
Documentos por cobrar		
Inventarios	0,00	0,00
PASIVO CORRIENTE	0,00	0,00
Obligaciones por pagar	0,00	0,00
Cuentas por pagar	0,00	0,00
Documentos por pagar	0,00	0,00
CAPITAL DE TRABAJO	0,00	0,00

	DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS	DISPENSARIOS			HOSPITALES			Marque con 1 en caso de contar	Resultado	
		ANX/UB	UAA	CAA	1	2	3			
	s-1.01	Alergología					1	1	0	
	s-1.02	Cardiología		1		1	1	1	0	
	s-1.03	Cirugía Ambulatoria		1		1	1	1	0	
	s-1.04	Cirugía General		1	1	1	1	1	0	
	s-1.05	Cirugía Plástica				1	1	1	0	
	s-1.06	Cirugía Torácica					1	1	0	
	s-1.07	Cirugía Vascul ar		1		1	1	1	0	
	s-1.08	Dermatología		1		1	1	1	0	
	s-1.09	Endocrinología		1		1	1	1	0	
	s-1.1	Fisiatría		1		1	1	1	0	
	s-1.11	Gastroenterología		1		1	1	1	0	
	s-1.12	Ginecología		1	1	1	1	1	0	
	s-1.13	Hematología				1	1	1	0	
	s-1.14	Infectología					1	1	0	
	s-1.15	Medicina General	1	1	1	1		1	0	
	s-1.16	Medicina Interna		1	1	1	1	1	0	
	s-1.17	Nefrología			1		1	1	0	
	s-1.18	Neumología			1		1	1	0	
	s-1.19	Neurocirugía				1	1	1	0	
	s-1.2	Neurología		1		1	1	1	0	
	s-1.21	Obstetricia		1	1	1	1	1	0	
	s-1.22	Oftalmología		1		1	1	1	0	
	s-1.23	Oncología				1	1	1	0	
	s-1.24	Otorrinolaringología			1		1	1	0	
	s-1.25	Pediatría			1	1	1	1	0	
	s-1.26	Proctología				1	1	1	0	
	s-1.27	Psicología			1		1	1	0	
	s-1.28	Psiquiatría			1		1	1	0	
	s-1.29	Reumatología					1	1	0	
	s-1.3	Traumatología			1	1	1	1	0	
	s-1.31	Unidad del Dolor					1	1	0	
	s-1.32	Urología			1		1	1	0	
		Subtotal:	1	2	22	7	27	31	1	0
	s-1.33	Cirugía Dento-Alveolar			1	1	1	1	0	
	s-1.34	Cirugía Maxilo-Facial					1	1	0	
	s-1.35	Endodoncia			1		1	1	0	
	s-1.36	Rehabilitación oral		1	1	1	1	1	0	
	s-1.37	Periodoncia			1	1	1	1	0	
	s-1.38	Patología bucal			1		1	1	0	
		Subtotal:	0	1	5	3	5	6	1	0
	s-1.39	Diatermia			1		1	1	0	
	s-1.4	Electrodiagnóstico			1		1	1	0	
	s-1.4	Electroterapia			1		1	1	0	
	s-1.41	Hidroterapia			1		1	1	0	
	s-1.41	Kinesioterapia			1		1	1	0	
	s-1.42	Psicorehabilitación			1		1	1	0	
	s-1.42	Terapia del Lenguaje			1		1	1	0	
	s-1.43	Terapia Ocupacional			1		1	1	0	
		Subtotal:	0	0	8	0	8	8	1	0
	s-1.49	Unidad de Cuidados Intensivos					1	1	0	
	s-1.5	Unidad Coronaria					1	1	0	
	s-1.51	Unidad de Quemados					1	1	0	
	s-1.52	Urgencias			1	1	1	1	0	
		Subtotal:	0	0	1	1	3	4	1	0
	s-1.53	Anestesia			1	1	1	1	0	
	s-1.54	Recuperación Postanestésica			1	1	1	1	0	
	s-1.55	Unidad del Dolor					1	1	0	
		Subtotal:	0	0	2	2	2	3	1	0
	s-1.56	Cardiología					1	1	0	
	s-1.57	Cirugía General				1	1	1	0	
	s-1.58	Cirugía Plástica					1	1	0	
	s-1.59	Cirugía Torácica					1	1	0	
	s-1.6	Cirugía Vascul ar					1	1	0	
	s-1.61	Endocrinología					1	1	0	
	s-1.62	Gastroenterología					1	1	0	
	s-1.63	Ginecología				1	1	1	0	
	s-1.64	Hematología					1	1	0	
	s-1.65	Medicina Interna				1	1	1	0	

	DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS	DISPENSARIOS			HOSPITALES			Marque con 1 en caso de contar	Resultado
		ANX/UB	UAA	CAA	1	2	3		
HOSPITALIZACIÓN	s-1.66	Nefrología				1	1	1	0
	s-1.67	Neonatología y Perinatología				1	1	1	0
	s-1.68	Neumología				1	1	1	0
	s-1.69	Neurocirugía				1	1	1	0
	s-1.7	Neurología				1	1	1	0
	s-1.71	Obstetricia				1	1	1	0
	s-1.72	Oftalmología				1	1	1	0
	s-1.73	Oncología				1	1	1	0
	s-1.74	Otorrinolaringología				1	1	1	0
	s-1.75	Pediatría				1	1	1	0
	s-1.76	Proctología				1	1	1	0
	s-1.77	Psiquiatría				1	1	1	0
	s-1.78	Traumatología				1	1	1	0
s-1.79	Urología				1	1	1	0	
	Subtotal:	0	0	0	6	23	24	1	0
LIPTOTRIPICIA EXTRACORPÓREA	s-1.8	Litotripcia					1	1	0
	Subtotal:	0	0	0	0	0	1	1	0
UNIDAD DE DIÁLISIS	s-1.81	Hemodiálisis				1	1	1	0
	s-1.82	Diálisis peritoneal			1	1	1	1	0
	Subtotal:	0	0	1	0	2	2	1	0
ANATOMÍA PATOLÓGICA	s-1.83	Autopsia Clínica				1	1	1	0
	s-1.84	Citología			1	1	1	1	0
	s-1.85	Citoquímica				1	1	1	0
	s-1.86	Histopatología			1	1	1	1	0
	s-1.87	Histoquímica				1	1	1	0
	s-1.88	Inmunohistoquímica				1	1	1	0
	s-1.89	Microscopía Electrónica				1	1	1	0
Subtotal:	0	0	2	0	3	7	1	0	
PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS	s-1.9	Artroscopía				1	1	1	0
	s-1.91	Broncoscopía				1	1	1	0
	s-1.92	Cistoscopia			1	1	1	1	0
	s-1.92	Colonoscopia			1	1	1	1	0
	s-1.93	Colposcopia			1	1	1	1	0
	s-1.94	Endoscopia digestiva alta			1	1	1	1	0
	s-1.94	Laparoscopia			1	1	1	1	0
	s-1.95	Mediastinoscopia				1	1	1	0
	s-1.96	Peritoneoscopia				1	1	1	0
	s-1.96	Rectosigmoidoscopia			1	1	1	1	0
s-1.97	Toracoscopia				1	1	1	0	
Subtotal:	0	0	6	0	8	11	1	0	
IMAGEN	s-1.98	Angiografía digital					1	1	0
	s-1.99	Densitometría Ósea					1	1	0
	s-2	Fluoroscopia con intensificador de image			1	1	1	1	0
	s-2.01	Mamografía				1	1	1	0
	s-2.02	Medicina Nuclear				1	1	1	0
	s-2.03	Radiología convencional			1	1	1	1	0
	s-2.04	Resonancia Magnética Nuclear					1	1	0
	s-2.05	Tomografía Axial Computarizada				1	1	1	0
	s-2.06	Tomografía lineal			1	1	1	1	0
	s-2.07	Tomografía por emisión de positrones				1	1	1	0
	s-2.08	Ultrasonido			1	1	1	1	0
	Subtotal:	0	0	4	3	6	11	1	0
LABORATORIO CLÍNICO	s-2.09	Microbiología			1	1	1	1	0
	s-2.1	Biología molecular					1	1	0
	s-2.11	Coagulación			1	1	1	1	0
	s-2.12	Coprológico			1	1	1	1	0
	s-2.13	Coproparasitario		1	1	1	1	1	0
	s-2.14	Dosificación hormonal			1	1	1	1	0
	s-2.15	Gasometría arterial				1	1	1	0
	s-2.16	Hematología clínica		1	1	1	1	1	0
	s-2.18	Marcadores tumorales			1	1	1	1	0
	s-2.19	Electrolitos			1	1	1	1	0
	s-2.2	Monitorización drogas			1	1	1	1	0
s-2.21	Bioquímica clinica		1	1	1	1	1	0	
s-2.22	Urianálisis		1	1	1	1	1	0	
s-2.23	Virología					1	1	0	
Subtotal:	0	4	11	8	12	14	1	0	

DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS			DISPENSARIOS			HOSPITALES			Marque con 1 en caso de contar	Resultado
			ANX/UB	UAA	CAA	1	2	3		
INMUNOLOGÍA	s-2,24	Inmunología clínica			1		1	1	1	0
	s-2,25	Histocompatibilidad						1	1	0
	s-2,26	PCR						1	1	0
	s-2,27	Nefelometría cinética						1	1	0
	s-2,28	Inmunofluorescencia						1	1	0
		Subtotal:	0	0	1	0	1	5	1	0
GENÉTICA	s-2,29	Estudios citogenéticos						1	1	0
	s-2,30	Genética clínica						1	1	0
		Subtotal:	0	0	0	0	0	2	1	0
HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE	s-2,31	Aféresis						1	1	0
	s-2,32	Depósito y conservación de sangre						1	1	0
	s-2,33	Procesamiento y administración de sangre y derivados						1	1	0
	s-2,34	Registro y control de donantes						1	1	0
		Subtotal:	0	0	0	0	0	4	1	0
RADIOTERAPIA	s-2,35	Braquiterapia						1	1	0
	s-2,36	Cobaltoterapia						1	1	0
	s-2,37	Radioterapia Profunda						1	1	0
	s-2,38	Radioterapia Superficial						1	1	0
		Subtotal:	0	0	0	0	0	4	1	0
SUBTOTAL			1	7	63	30	100	137	1	0
ÁREA DE GESTIÓN	s-2,39	Gerente / Director		1	1	1	1	1	1	0
	s-2,40	Subgerencia / Subdirección Médica						1	1	0
	s-2,41	Comité Técnico Asesor / Consejo Directivo		1	2	1	2	3	1	0
		Subtotal:	0	1	2	1	2	3	1	0
INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA	s-2,42	Biblioteca - Auditorio - Aulas					1	1	1	0
	s-2,43	Docencia e Investigación en Servicio						1	1	0
	s-2,44	Internado rotativo					1	1	1	0
	s-2,45	Post-Grado						1	1	0
	s-2,46	Residencia asistencial			1	1	1	1	1	0
	Subtotal:	0	0	1	1	3	5	1	0	
ÁREAS TÉCNICO-ADMINISTRATIVAS	s-2,47	Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento					1	1	1	0
	s-2,48	Administrativa-Financiera					1	1	1	0
	s-2,49	Hospitalización y Ambulatorio					1	1	1	0
	s-2,50	Medicina Crítica						1	1	0
		Subtotal:	0	0	0	0	3	4	1	0
UNIDADES DE APOYO	s-2,51	Admisión					1	1	1	0
	s-2,52	Presupuesto y Contabilidad			1	1	1	1	1	0
	s-2,53	Estadística		1	1	1	1	1	1	0
	s-2,54	Facturación y consolidación de cd		1	1	1	1	1	1	0
	s-2,55	Informática			1	1	1	1	1	0
	s-2,56	Personal					1	1	1	0
	s-2,57	Servicios Generales			1	1	1	1	1	0
	s-2,58	Recaudación y pagos		1	1	1	1	1	1	0
	Subtotal:	0	3	6	6	8	8	1	0	

DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS	DISPENSARIOS			HOSPITALES			Marque con 1 en caso de contar	Resultado			
	ANX/UB	UAA	CAA	1	2	3					
FARMACIA	s-2,59	Bodega		1	1	1	1	1	0		
	s-2,60	Dispensación de medicamentos		1	1	1	1	1	0		
	s-2,61	Dosis unitaria				1	1	1	0		
	s-2,62	Farmacotecnia				1	1	1	0		
	s-2,63	Información de medicamentos			1	1	1	1	0		
	s-2,64	Inventario informatizado			1	1	1	1	0		
	s-2,65	Preparación de terapia nutricional					1	1	0		
	s-2,66	Registro		1	1	1	1	1	0		
	Subtotal:		0	3	5	4	7	8	1	0	
MANTENIMIENTO	s-2,67	Calderos					1	1	1	0	
	s-2,68	Central de Gases medicinales					1	1	1	0	
	s-2,69	Equipos médicos			1	1	1	1	1	0	
	s-2,70	Generador auxiliar de energía			1	1	1	1	1	0	
	s-2,71	Instalaciones					1	1	1	0	
	s-2,72	Obra civil					1	1	1	0	
	s-2,73	Vacio					1	1	1	0	
	Subtotal:		0	0	2	2	7	7	1	0	
TRABAJO SOCIAL	s-2,74	Entrevistas			1	1	1	1	1	0	
	s-2,75	Visitas			1	1	1	1	1	0	
		Subtotal:		0	0	2	2	2	2	1	0
DIETÉTICA Y ALIMENTACIÓN	s-2,76	Compra y Almacenamiento de Víveres				1	1	1	1	0	
	s-2,77	Estudio y Elaboración de Dietas				1	1	1	1	0	
	s-2,78	Preparación y Distribución de Alimentos				1	1	1	1	0	
		Subtotal:		0	0	0	3	3	3	1	0
COMUNICACIONES	s-2,79	Central telefónica					1	1	1	0	
	s-2,80	Información al Público		1	1	1	1	1	1	0	
		Subtotal:		0	1	1	1	2	2	1	0
ESTERILIZACIÓN	s-2,81	Central de esterilización			1	1	1	1	1	0	
	Subtotal:		0	0	1	1	1	1	1	0	
TRANSPORTE	s-2,82	Ambulancia		1	1	1	1	1	1	0	
		Subtotal:		0	1	1	1	1	1	1	0
BODEGA	s-2,83	Recepción y Control		1	1	1	1	1	1	0	
	s-2,84	Distribución		1	1	1	1	1	1	0	
	s-2,85	Inventario informatizado			1	1	1	1	1	0	
		Subtotal:		0	2	3	3	3	3	1	0
LAVANDERÍA	s-2,86	Servicio de Lavandería		1	1	1	1	1	1	0	
		Subtotal:		0	1	1	1	1	1	1	0
SERVICIOS GENERALES	s-2,87	Desinfección de ambientes		1	1	1	1	1	1	0	
	s-2,88	Eliminación técnica de ba	1	1	1	1	1	1	1	0	
	s-2,89	Incineración de material biológico					1	1	1	0	
	s-2,90	Limpieza interna y externa	1	1	1	1	1	1	1	0	
	s-2,91	Movilización de equipos y lencería		1	1	1	1	1	1	0	
	Subtotal:		2	4	4	4	5	5	1	0	
VIGILANCIA Y SEGURIDAD	s-2,92	Control de ingreso de carga				1	1	1	1	0	
	s-2,93	Control de ingreso de personas		1	1	1	1	1	1	0	
		Subtotal:		0	1	1	2	2	2	1	0
SUBTOTAL				2	17	30	32	50	55		0
TOTAL				3	24	93	62	150	192		0

SERVICIO	CÓD.	INFRAESTRUCTURA - INSTALACIONES FÍSICAS	DISPENSARIOS			HOSPITALES			Marque con 1 en caso de	Resultado
			ANX/UI	UAA	CAA	1	2	3		
INSTALACIONES GENERALES	i-1.01	Edificación concluida	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0	
	i-1.02	Sistema de protección contra incendios	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0	
	i-1.03	Sistema de señalización		0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0	
	i-1.04	Sistemas de comunicación	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0	
	i-1.05	Tratamiento y evacuación de residuos sólidos y líquidos	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0	
	i-1.06	Ubicación en una zona que no esté expuesta a riesgo inminente o desastre natural	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0	
INSTALACIONES ELÉCTRICAS	i-1.07	Acometida eléctrica	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0	
	i-1.08	Cámara de transformación propia	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0	
	i-1.09	Grupo electrógeno de emergencia			0,5	0,5	0,5	0,5	0	
	i-1.1	Sistema de pararrayos	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0	
	i-1.11	Sistemas alternativos de generación de energía para las áreas críticas y salidas de emergencia			0,5	0,5	0,5	0,5	0	
	i-1.12	Suministro de energía eléctrica	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0	
	i-1.13	Tablero central de control del sistema eléctrico ó tableros sectoriales por pisos				0,5	0,5	0,5	0	
INSTALACIONES HIDRÁULICAS	i-1.14	Acometida de agua potable	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0	
	i-1.15	Instalaciones interiores para suministro de agua con dotación de servicio continuo y presión en todos los sitios de consumo.	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0	
	i-1.16	Sistema de bombeo	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0	
	i-1.17	Suministro de agua	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0	
	i-1.18	Tanques de almacenamiento de agua potable que garanticen como mínimo 48 horas de servicio. Su construcción debe permitir que durante la operación de limpieza y desinfección no se interrumpa el suministro de agua.			0,5	0,5	0,5	0,5	0	
INSTALACIONES ELECTRÓNICAS	i-1.19	Central telefónica			0,5	0,5	0,5	0,5	0	
	i-1.2	Llamada de enfermeras				0,5	0,5	0,5	0	
INSTALACIONES MECÁNICAS	i-1.21	Aire comprimido (Compresor individual)					0,5	0,5	0	
	i-1.22	Aire comprimido (Red)					0,5	0,5	0	
	i-1.23	Calderos					0,5	0,5	0	
	i-1.24	Casa de máquinas					0,5	0,5	0	
	i-1.25	Gases medicinales (Cilindros)	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0	
	i-1.26	Gases medicinales (Redes)					0,5	0,5	0	
	i-1.27	Lavachatas				0,5	0,5	0,5	0	
	i-1.28	Red de canalización de aguas servidas	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0	
	i-1.29	Sistema de climatización			0,5	0,5	0,5	0,5	0	
	i-1.3	Tanques de agua caliente		0,5	0,5	0,5			0	
	i-1.31	Vacío (Red)					0,5	0,5	0	
CONTROL DE EXCRETAS, RESIDUOS Y POTABILIDAD DEL AGUA	i-1.32	Vertederos clínicos			0,5	0,5	0,5	0,5	0	
	i-1.33	Se ajustan a normas municipales	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0	
	i-1.34	Sistema especial de eliminación de residuos en condiciones de seguridad			0,5	0,5	0,5	0,5	0	
DISPOSICIÓN DE DESECHOS	i-1.35	Incinerador de desperdicios contaminados y desechos patológicos y compactador de basuras.		0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0	
	i-1.36	Instalaciones interiores para evacuación de residuos líquidos diseñadas y construidas de manera que permitan su rápido escurrimiento, eviten obstrucciones, impidan el paso de gases y animales de la red pública y eviten la conexión o interconexión con tanques de almacenamiento y sistemas de agua potable.		0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0	
Área para almacenamiento de residuos sólidos patógenos, biológicos y similares, con :	i-1.37	Indicaciones claras y precisas, en cuanto a protección del personal y del ambiente			0,5	0,5	0,5	0,5	0	
	i-1.38	Sistemas de ventilación natural o artificial			0,5	0,5	0,5	0,5	0	
	i-1.39	Superficie lisa en la que los materiales usados en su terminado no contengan sustancias tóxicas, irritantes o inflamables			0,5	0,5	0,5	0,5	0	
	i-1.4	Dos alarmas de incendio por piso como mínimo.		0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0	

SERVICIO	CÓD.	INFRAESTRUCTURA - INSTALACIONES FÍSICAS	DISPENSARIOS		HOSPITALES			Marque con 1 en caso de	Resultado
			ANX/UI/UA	CAA	1	2	3		
PREVENCIÓN CONTRA INCENDIO	i-1.41	Extintores localizados cerca de la estación de enfermería. La distancia a recorrer será máximo de 15 metros.			0,5	0,5	0,5		0
	i-1.42	Los muros que delimitan la estación de energía dentro de la planta en que esté ubicada debe ser de hormigón armado, con un mínimo de 0.10 metros de espesor.			0,5	0,5	0,5		0
	i-1.43	Una vitrina de equipo para apagar incendios cada 30 camas.			0,5	0,5	0,5		0
SISTEMA CENTRAL DE OXÍGENO	i-1.44	Local exclusivo, de construcción no combustible, adecuadamente ventilado.				0,5	0,5		0
	i-1.45	Cuando la capacidad de almacenamiento sea mayor a 2000 pies cúbicos debe ser instalado en un cuarto separado o en uno que tenga una capacidad de resistencia al fuego por lo menos de una hora.				0,5	0,5		0
	i-1.46	El sistema central de oxígeno con capacidad menor a los 2000 pies cúbicos puede ubicarse en un cuarto menor o separado.				0,5	0,5		0
	i-1.47	Estos locales no podrán comunicarse directamente con los locales anestésicos o de almacenamiento de agentes inflamables.				0,5	0,5		0
	i-1.48	El sistema central de oxígeno debe estar a 15 metros como mínimo de centros de reunión.				0,5	0,5		0
	i-1.49	El sistema central de oxígeno debe estar a 15 metros de áreas ocupadas por pacientes				0,5	0,5		0
	i-1.5	El sistema central de oxígeno debe estar a 3 metros de distancia de los estacionamientos de vehículos.				0,5	0,5		0
	i-1.51	El sistema central de oxígeno debe estar por lo menos a 1.5 metros de paredes divisorias o edificios cercanos, o a 0.30 metros si se encuentra entre paredes protegidas a prueba de fuego.				0,5	0,5		0
	GASES MEDICINALES	i-1.52	Acceso restringido				0,5	0,5	
i-1.53		Área física exclusiva y delimitada				0,5	0,5		0
ACCESOS	i-1.54	Accesos habilitados al público las 24 horas			0,5	0,5	0,5		0
	i-1.55	Consulta externa		0,5	0,5	0,5	0,5		0
	i-1.56	Control de los accesos	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5		0
	i-1.57	Emergencia		0,5	0,5	0,5	0,5		0
	i-1.58	Peatones	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5		0
	i-1.59	Personal y servicio en general	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5		0
	i-1.6	Público		0,5	0,5	0,5	0,5		0
	i-1.61	Vehículos	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5		0
ESTACIONAMIENTOS	i-1.62	El estacionamiento del personal debe separarse del destinado para el público.				0,5	0,5		0
CIRCULACIÓN	i-1.63	Áreas de circulación general		0,5	0,5	0,5	0,5		0
	i-1.64	Áreas de circulación restringida		0,5	0,5	0,5	0,5		0
	i-1.65	Áreas de circulación semirestringida		0,5	0,5	0,5	0,5		0
	i-1.66	Áreas de circulación técnica		0,5	0,5	0,5	0,5		0
	i-1.67	Facilidades de desplazamiento en todas las áreas para pacientes	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5		0
	i-1.68	Independencia circulatoria entre las áreas públicas y técnicas en los servicios de atención de pacientes	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5		0
	i-1.69	Señalización de fácil comprensión en los circuitos de circulación	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5		0
SALIDA DE EMERGENCIA	i-1.7	Para casos de emergencia y evacuación se debe prever algún sistema que facilite el escape del paciente, sobretodo del inhabilitado de movimiento.			0,5	0,5	0,5		0

SERVICIO	CÓD.	INFRAESTRUCTURA - INSTALACIONES FÍSICAS	DISPENSARIOS			HOSPITALES			Marque con 1 en caso de	Resultado
			ANX/UI	UAA	CAA	1	2	3		
ALTURA LIBRE DE LOS LOCALES	i-1.71	Los locales destinados a antesalas, vestíbulos, administración, consulta externa y salas de enfermos tendrán una altura libre mínima de 3.0 metros entre el nivel de piso y el cielo raso. En los servicios destinados a diagnóstico y tratamiento su altura dependerá del equipo a instalarse.		0,5	0,5	0,5	0,5	0,5		0
PISOS	i-1.72	Impermeables, sólidos, resistentes, antideslizantes, de fácil limpieza y uniformes, con nivelación para facilitar drenaje.			0,5	0,5	0,5	0,5		0
PASILLOS	i-1.73	Deben ser iluminados y ventilados por medio de ventanas. El ancho de los pasillos delante de los ascensores debe ser de 3.4 metros.				0,5	0,5	0,5		0
	i-1.74	La espera de pacientes debe tener al menos 8 asientos por consultorio y 1.35 m2 de espera por persona mínimo.		0,5	0,5	0,5	0,5	0,5		0
	i-1.75	Los pasillos de circulación general deben ser de 1.8 a 3.4 metros de ancho, dependiendo del flujo de circulación.		0,5	0,5	0,5	0,5	0,5		0
ESCALERAS	i-1.76	Debe existir una escalera principal por cada 250 camas en total o por cada 40 camas por planta. La contrahuella máxima de 0.16 metros y la huella mínima de 0.30 metros.				0,5	0,5	0,5		0
ELEVADORES	i-1.77	Debe existir un elevador de varios usos por cada 100 camas o fracción				0,5	0,5	0,5		0
	i-1.78	Debe existir un elevador de varios usos si cuenta con mas de dos plantas				0,5	0,5	0,5		0
	i-1.79	En caso de mantenimiento o emergencia los elevadores deben tener características que permitan su limpieza para poder ser utilizados indistintamente.				0,5	0,5	0,5		0
	i-1.8	Las botoneras dentro y fuera de la cabina deben ser colocadas a una altura que permita su utilización desde una silla de ruedas. Al interior de la cabina debe existir un dispositivo de alarma, preferiblemente a través de sonido, comunicado con la estación de enfermería.				0,5	0,5	0,5		0
	i-1.81	Si la edificación tiene tres pisos altos aparte de la planta baja se deben prever por lo menos dos elevadores, uno de los que puede ser para circulación de pacientes y abastecimientos limpios y el otro para circulación de retornos material usado, desechos y similares.				0,5	0,5	0,5		0
RAMPAS	i-1.82	Las rampas para uso peatonal en ningún caso deben tener un ancho inferior a 1.2 metros. Su pendiente máxima debe ser de 10% y el piso uniforme y antideslizante.		0,5	0,5	0,5	0,5	0,5		0
PUERTAS	i-1.83	En áreas de administración, mínimo de 1.00 metros de ancho.		0,5	0,5	0,5	0,5	0,5		0
	i-1.84	En las salas de partos, quirófanos, salas de labor y salas de recuperación deben ser de al menos 3.00 metros de ancho y doble hoja.			0,5	0,5	0,5	0,5		0
	i-1.85	En los baños al menos de 0.90 metros de ancho.		0,5	0,5	0,5	0,5	0,5		0
	i-1.86	En servicios a los que acceden pacientes en camillas o sillas de ruedas, deben ser al menos de 1.50 metros de ancho y doble hoja.				0,5	0,5	0,5		0
	i-1.87	Las cerraduras de las puertas de los locales donde los pacientes puedan estar solos, no deben tener ningún tipo de seguro interno ni externo.		0,5	0,5	0,5	0,5	0,5		0
	i-1.88	Las puertas de los baños de los pacientes deben abrir hacia el exterior del local.		0,5	0,5	0,5	0,5	0,5		0

SERVICIO	CÓD.	INFRAESTRUCTURA - INSTALACIONES FÍSICAS	DISPENSARIOS			HOSPITALES			Marque con 1 en caso de	Resultado
			ANX/U	UAA	CAA	1	2	3		
SERVICIOS SANITARIOS	i-1.89	Baño exclusivo para personas en sillas de ruedas.		0,5	0,5	0,5	0,5	0,5		0
	i-1.9	En las salas de aislamiento se debe prever un baño completo por habitación.				0,5	0,5	0,5		0
	i-1.91	En las salas de espera, un inodoro por cada 25 personas, un lavabo por cada 40 personas y un urinario por cada 40 personas. Considerándose servicios higiénicos separados para hombres y mujeres.		0,5	0,5	0,5	0,5	0,5		0
	i-1.92	En las salas de hospitalización se considera un baño completo por cada 4 camas, pudiendo diseñarse como baterías sanitarias para hospitalización o habitaciones con baño privado.				0,5	0,5	0,5		0
VESTIDORES DE PERSONAL	i-1.93	Un local para los casilleros y servicios sanitarios para el personal.				0,5	0,5	0,5		0
ÁREA ADMINISTRATIVA	i-1.94	Baterías sanitarias públicas (H,M)		0,5	0,5	0,5	0,5	0,5		0
	i-1.95	Baterías sanitarias de personal (H,M)		0,5	0,5	0,5	0,5	0,5		0
SERVICIO FARMACÉUTICO	i-1.96	Área de despacho		0,5	0,5	0,5	0,5	0,5		0
	i-1.97	Área específica e independiente		0,5	0,5	0,5	0,5	0,5		0
	i-1.98	Bodega		0,5	0,5	0,5	0,5	0,5		0
	i-1.99	En caso de que se haga reenvase, reempaque y/o preparaciones magistrales: Áreas que garanticen			0,5		0,5	0,5		0
	i-2	Sala de inyecciones			0,5		0,5	0,5		0
	i-2.01	Sistema de ventilación natural y/o artificial		0,5	0,5		0,5	0,5		0
	i-2.02	El área puede localizarse dentro o fuera de la edificación.					0,5	0,5		0
LAVANDERÍA	i-2.03	Muros impermeabilizados hasta una altura no menor de 2.10 metros y pisos antideslizantes.					0,5	0,5		0
	i-2.04	Red de vapor					0,5	0,5		0
	i-2.05	Zonas de recepción y entrega de ropa limpia y ropa sucia					0,5	0,5		0
DIETÉTICA	i-2.06	Frigoríficos					0,5	0,5		0
	i-2.07	Las paredes y divisiones interiores de las instalaciones usadas para el servicio de cocina deben ser lisas, de colores claros y lavables hasta una altura de 2.10 m y 1.80m como mínimo.				0,5	0,5	0,5		0
	i-2.08	Mesas de trabajo, acero inoxidable					0,5	0,5		0
	i-2.09	Mesones de hormigón, revestidos de azulejo o material lavable				0,5	0,5	0,5		0
	i-2.1	Red de vapor					0,5	0,5		0
ESTERILIZACIÓN	i-2.11	Área física exclusiva y de circulación restringida, con acceso a los Quirófanos y Salas de Parto.					0,5	0,5		0
	i-2.12	Área de esterilización y almacenamiento					0,5	0,5		0
	i-2.13	Área de preparación y acondicionamiento de materiales					0,5	0,5		0
	i-2.14	Área de recepción y lavado					0,5	0,5		0
	i-2.15	Autoclave de carga anterior y descarga posterior.					0,5	0,5		0
	i-2.16	Comunicación con el exterior a través de una ventanilla para recepción y entrega de material					0,5	0,5		0
	i-2.17	Extracción de aire, sin ventilación directa					0,5	0,5		0
	i-2.18	Mesas, estantes y alacenas					0,5	0,5		0
	i-2.19	Red de vapor					0,5	0,5		0
	i-2.2	Área de atención médica con consultorios con las características de consulta externa					0,5	0,5		0
	i-2.21	Área física exclusiva y delimitada				0,5	0,5	0,5		0
	i-2.22	Área de curación				0,5	0,5	0,5		0
	i-2.23	Estación de enfermería				0,5	0,5	0,5		0
	i-2.24	Fácil acceso y parqueo señalizado exclusivo para ambulancias, contiguo a la entrada del servicio.					0,5	0,5		0
	i-2.25	Lavabo quirúrgico con dispensador de jabón				0,5	0,5	0,5		0

SERVICIO	CÓD.	INFRAESTRUCTURA - INSTALACIONES FÍSICAS	DISPENSARIOS			HOSPITALES			Marque con 1 en caso de	Resultado
			ANX/U/UA	CAA		1	2	3		
URGENCIAS	i-2,26	Lavachatas					0,5	0,5		0
	i-2,28	Recepción y Sala de espera				0,5	0,5	0,5		0
	i-2,29	Red de vapor					0,5	0,5		0
	i-2,30	Reloj		0,5	0,5	0,5	0,5	0,5		0
	i-2,31	Sala de Observación con divisiones que permitan discriminar por género, y edad (niños y adultos).					0,5	0,5		0
	i-2,32	Sala de procedimientos con área para curaciones					0,5	0,5		0
	i-2,33	Sala de Reanimación para pacientes críticos						0,5		0
	i-2,34	Sala de yesos						0,5		0
	i-2,35	Secador eléctrico de manos				0,5	0,5	0,5		0
	i-2,36	Sistema de comunicación				0,5	0,5	0,5		0
	i-2,37	Tomas para gases medicinales					0,5	0,5		0
	i-2,38	Tomas para vacío					0,5	0,5		0
	CONSULTA EXTERNA	i-2,39	Vertedero clínico	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	
i-2,40		Baterías sanitarias públicas (H,M)	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5		0
i-2,41		Consultorios	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5		0
i-2,42		Pisos y paredes impermeables, sólidos y de fácil limpieza.	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5		0
i-2,43		Sala de espera	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5		0
i-2,44		Teléfonos públicos		0,5	0,5	0,5	0,5	0,5		0
HOSPITALIZACIÓN	i-2,45	Antecámara entre el cuarto y el pasillo, en salas que alberguen usuarios en aislamiento estricto o respiratorio.					0,5	0,5		0
	i-2,46	Área mínima total de iluminación: 10 al 15% del área del piso del local.				0,5	0,5	0,5		0
	i-2,47	Áreas de circulación con protecciones laterales, en forma de baranda, hacia espacios libres.				0,5	0,5	0,5		0
	i-2,48	Capacidad máxima por sala: 4 camas para adultos y 6 camas para niños.				0,5	0,5	0,5		0
	i-2,49	Centro de distribución de alimentos ubicado en un lugar independiente del área de hospitalización, destinado exclusivamente para ese propósito.				0,5	0,5	0,5		0
	i-2,5	Duchas				0,5	0,5	0,5		0
	i-2,51	El ambiente de los baños debe permitir el fácil desplazamiento del paciente y contar con sistema para llamado de enfermeras, audible y visible				0,5	0,5	0,5		0
	i-2,52	El área mínima total de ventilación: 5% de superficie del local. Esta área se considera incluida en la iluminación. Esto se aplica a todos los locales del hospital excluyendo las áreas específicas que por asepsia no permitan el contacto con el exterior o por su funcionalidad específica.				0,5	0,5	0,5		0
	i-2,53	Escaleras o rampas de material antideslizante en todo su recorrido, con pasamanos de preferencia a ambos lados y con protecciones laterales hacia espacios libres.				0,5	0,5	0,5		0
	i-2,54	Estación de enfermería con un sistema de llamado de pacientes, centralizado, ubicada a una distancia no mayor de 35.00 m de la cama más alejada. Debe controlar máximo 35 camas.				0,5	0,5	0,5		0
	i-2,55	Evitar circulación cruzada o recirculación del aire entre el lugar de aislamiento y otras áreas del hospital, a menos que el aire pase a través de filtros de alta eficiencia.					0,5	0,5		0
	i-2,56	Facilidades para el lavado estricto de manos en el área de entrada.					0,5	0,5		0
	i-2,57	La presión del aire de la antecámara con relación al pasillo, deberá ser levemente negativa.					0,5	0,5		0

SERVICIO	CÓD.	INFRAESTRUCTURA - INSTALACIONES FÍSICAS	DISPENSARIOS			HOSPITALES			Marque con 1 en caso de	Resultado	
			NX/U/UA	CAA		1	2	3			
	i-2.58	Lavachatas					0,5	0,5		0	
	i-2.59	Puertas de acceso a los cuartos, con un ancho mínimo de 1.00 m, que permita un fácil paso y giro de camillas y sillas de ruedas.					0,5	0,5	0,5	0	
	i-2.6	Puertas de los baños con un ancho que permitan el fácil acceso de pacientes en sillas de ruedas, de preferencia deberán abrirse hacia afuera					0,5	0,5	0,5	0	
	i-2.61	Reloj de pared					0,5	0,5	0,5	0	
	i-2.62	Salas de aislamiento con una antecámara o filtro previo, con un lavabo y ropa estéril, capacidad de dos camas y baño privado. Área mínima de 6 m ² para una cama y 10 m ² para dos camas.					0,5	0,5	0,5	0	
	i-2.63	Sistema de llamada a enfermeras					0,5			0	
	i-2.64	Teléfonos					0,5	0,5	0,5	0	
	i-2.65	Tina para baño asistido de pacientes					0,5	0,5	0,5	0	
	i-2.66	Tomas para gases medicinales						0,5	0,5	0	
	i-2.67	Tomas para vacío						0,5	0,5	0	
	i-2.68	Un cuarto para aislamiento de pacientes por cada 20 camas de hospitalización, debidamente señalizado y con entrada restringida, con las siguientes características						0,5	0,5	0	
	i-2.69	Unidades sanitarias de pacientes (H,M)					0,5	0,5	0,5	0	
	i-2.7	Unidades sanitarias de personal (H,M)					0,5	0,5	0,5	0	
	i-2.71	Ventilación artificial, que permita diez (10) cambios de aire por hora.						0,5	0,5	0	
HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	i-2.72	Vertedero clínico					0,5	0,5	0,5	0	
	i-2.73	Áreas para lactantes, escolares y pre-escolares, diferenciadas					0,5	0,5	0,5	0	
	i-2.74	Salas de pediatría para lactantes deberán tener una tina pediátrica y un área de trabajo que permita el cambio de ropa del niño.					0,5	0,5	0,5	0	
	i-2.75	Ventanas con rejas de seguridad para los niños.						0,5	0,5	0	
	i-2.76	Área física exclusiva, delimitada, señalizada y de circulación restringida					0,5	0,5	0,5	0,5	0
	i-2.77	Corredores asépticos revestidos con material resistente, liso, lavable y que facilite limpieza y desinfección.					0,5	0,5	0,5	0,5	0
	i-2.78	Zona de recuperación, con capacidad de dos camas por quirófano. Localizada en forma contigua y comunicada con el área de recepción y entrega de pacientes.					0,5	0,5	0,5	0,5	0
	i-2.79	Zona prequirúrgica o semi aséptica, para la transferencia de camillas					0,5	0,5	0,5	0,5	0
	i-2.80	Zona quirúrgica o corredor aséptico, con lavamanos quirúrgicos, en cantidad igual al número de salas de cirugía mas uno.					0,5	0,5	0,5	0,5	0
		Sala de cirugía o quirófano.									0
	i-2.81	Quirófanos diferenciados y equipados por especialidades						0,5	0,5		0
	i-2.82	Quirófano destinado para pacientes de urgencias						0,5	0,5		0
	i-2.83	Un quirófano por cada 50 camas.					0,5	0,5	0,5		0
	i-2.84	Área mínima de un quirófano: 30 m ² .					0,5	0,5	0,5	0,5	0
	i-2.85	Vestuario de personal con baño					0,5	0,5	0,5	0,5	0
	i-2.86	Puertas para los quirófanos: Ancho mínimo de 2.50 m y doble hoja					0,5	0,5	0,5	0,5	0
	i-2.87	La puerta de acceso a la zona quirúrgica, visor a 1.40 m de altura.					0,5	0,5	0,5	0,5	0
	i-2.88	Áreas asépticas					0,5	0,5	0,5	0,5	0
	i-2.89	Ductos para ropa limpia						0,5	0,5	0,5	0

SERVICIO	CÓD.	INFRAESTRUCTURA - INSTALACIONES FÍSICAS	DISPENSARIOS			HOSPITALES			Marque con 1 en caso de	Resultado
			ANX/U	UAA	CAA	1	2	3		
SERVICIOS QUIRURGICOS	i-2,89	La temperatura será de 21°C, la humedad relativa del 50%, la velocidad del viento de 60 cm/seg.			0,5	0,5	0,5	0,5		0
	i-2,92	Renovación del aire entre 25 y 30 veces por hora.			0,5	0,5	0,5	0,5		0
	i-2,93	Pisos impermeables, sólidos, resistentes, antideslizantes, de fácil limpieza, uniformes, nivelación adecuada, construidos de materiales conductivos a polo de tierra o un sistema similar.			0,5	0,5	0,5	0,5		0
	i-2,94	Cielos rasos, techos, paredes y muros, impermeables, sólidos e incombustibles. De superficie lisa, que no contenga sustancias tóxicas, irritantes o inflamables.			0,5	0,5	0,5	0,5		0
	i-2,95	Revestimientos deben ser de materiales fácilmente higienizables, pisos antideslizantes. En el cielo raso, usar materiales de fibra mineral y losa enlucida en quirófanos.			0,5	0,5	0,5	0,5		0
	i-2,96	Todas las esquinas deben ser redondeadas, las paredes deben ser cubiertas de azulejo o de otro material fácilmente lavable. La altura de piso a cielo raso debe ser de 3.00 metros como mínimo.			0,5	0,5	0,5	0,5		0
	i-2,97	Iluminación uniforme y simétrica en el campo operatorio.			0,5	0,5	0,5	0,5		0
	i-2,98	Planta eléctrica automática con suficiente capacidad			0,5	0,5	0,5	0,5		0
	i-2,99	Luz de emergencia generada por unidad autónoma o lámpara con acumulador.			0,5	0,5	0,5	0,5		0
	i-3	Sistema para extracción de gases anestésicos residuales de la máquina, al exterior de la sala quirúrgica.			0,5	0,5	0,5	0,5		0
	i-3,01	Sistema de climatización			0,5	0,5	0,5	0,5		0
	i-3,02	Por cada quirófano deben existir dos lavabos quirúrgicos con dispensador de jabón.			0,5	0,5	0,5	0,5		0
	i-3,03	Secadores eléctricos de manos			0,5	0,5	0,5	0,5		0
	i-3,04	Tomas de seguridad			0,5	0,5	0,5	0,5		0
	i-3,05	Sistema de protección a tierra			0,5	0,5	0,5	0,5		0
SERVICIOS OBSTETRICOS	i-3,06	Área física exclusiva y delimitada					0,5	0,5		0
	i-3,07	Áreas para trabajo de parto					0,5	0,5		0
	i-3,08	Quirófano					0,5	0,5		0
	i-3,09	Áreas de recuperación					0,5	0,5		0
	i-3,10	Área mínima para una sala de partos: 20 m ²					0,5	0,5		0
	i-3,11	Salas de parto con área de atención del recién nacido					0,5	0,5		0
	i-3,12	Puertas de acceso con un ancho mínimo de 3.00 m y doble hoja					0,5	0,5		0
	i-3,13	Teléfonos					0,5	0,5		0
	i-3,14	Reloj de pared					0,5	0,5		0
	i-3,15	Baterías sanitarias					0,5	0,5		0
	i-3,16	Lavachatas					0,5	0,5		0
	i-3,17	Tomas para gases medicinales					0,5	0,5		0
	i-3,18	Tomas para vacío					0,5	0,5		0
	i-3,19	Unidad intrahospitalaria en una área física exclusiva y delimitada					0,5	0,5		0
	i-3,20	Las puertas deben permitir fácil y rápido acceso en caso de emergencia					0,5	0,5		0
	i-3,21	El recubrimiento de los pisos de esta área debe ser de un material que permita la circulación de					0,5	0,5		0
	i-3,22	Área alrededor de cada cama que permita la instalación, entrada y salida de equipos y personal necesarios para la atención inmediata del paciente en condiciones de rutina o de emergencia					0,5	0,5		0

SERVICIO	CÓD.	INFRAESTRUCTURA - INSTALACIONES FÍSICAS	DISPENSARIOS			HOSPITALES			Marque con 1 en caso de	Resultado
			NX/U/UA	CAA		1	2	3		
CUIDADO INTENSIVO ADULTOS, CUIDADO INTENSIVO NEONATAL, UNIDAD CORONARIA, UNIDAD DE QUEMADOS	i-3,23	Tomas eléctricas suficientes para mantener los equipos conectados a fin de que las baterías se encuentren cargadas en todo momento					0,5	0,5		0
	i-3,24	Desfibriladores, ubicados en un área cercana a los cubículos o fuera del área de circulación					0,5	0,5		0
	i-3,25	Columnas con tomas eléctricas, de oxígeno, aire y succión					0,5	0,5		0
	i-3,26	Las tomas eléctricas colocadas a la cabecera de la cama deben estar a un metro de altura. Las tomas eléctricas laterales deben colocarse a la altura del piso.					0,5	0,5		0
	i-3,27	Cada unidad debe tener su propio circuito en el panel principal.					0,5	0,5		0
	i-3,28	Panel principal conectado a una planta eléctrica de emergencia.					0,5	0,5		0
	i-3,29	Baterías sanitarias					0,5	0,5		0
	i-3,30	Lavachatas					0,5	0,5		0
	i-3,31	Teléfonos					0,5	0,5		0
	i-3,32	Reloj de pared					0,5	0,5		0
	i-3,33	Detectores de humo					0,5	0,5		0
	i-3,34	Área de información					0,5	0,5		0
	i-3,35	Estación de Enfermería					0,5	0,5		0
	i-3,36	Cubículos individuales y separados unos de otros, con la dotación necesaria para el monitoreo permanente, construidos en tal forma que se observen permanentemente desde la estación de enfermería					0,5	0,5		0
	i-3,37	Sala de procedimientos					0,5	0,5		0
i-3,38	Área para depósito de material					0,5	0,5		0	
i-3,39	Sala de curaciones y tratamiento.					0,5	0,5		0	
CUIDADO NEONATAL	i-3,40	Área física exclusiva y delimitada					0,5	0,5		0
	i-3,41	Área de Observación					0,5	0,5		0
	i-3,42	Sala de preparación de medicamentos y soluciones parenterales y área para depósito de material estéril e insumos					0,5	0,5		0
	i-3,43	Sala de lavado de equipos y material					0,5	0,5		0
	i-3,44	Sala independiente para depósito de material contaminado y desechos sólidos					0,5	0,5		0
HOSPITALIZACION SALUD MENTAL	i-3,45	Cuenta con las características de hospitalización general más:					0,5	0,5		0
	i-3,46	Un taller para terapia ocupacional con la respectiva dotación					0,5	0,5		0
	i-3,47	Área específica para aplicación de terapia electroconvulsiva, con área de observación (si se utiliza éste tipo de terapia)					0,5	0,5		0
	i-3,48	Conexiones eléctricas que impidan su utilización por los pacientes para lesionarse o lesionar a otros					0,5	0,5		0
	i-3,49	Cuarto de aislamiento para pacientes agudos psiquiátricos					0,5	0,5		0
LABORATORIO CLÍNICO	i-3,50	Área física exclusiva y delimitada					0,5	0,5		0
	i-3,51	Área para toma de muestras					0,5	0,5		0
	i-3,52	Área para procesamiento					0,5	0,5		0
	i-3,53	Área de lavado de material, esterilización					0,5	0,5		0
	i-3,54	Almacén y depósito de reactivos					0,5	0,5		0
	i-3,55	Servicios sanitarios con lavamanos para el personal del área y pacientes					0,5	0,5		0
	i-3,56	Mobiliario fijo					0,5	0,5		0
	i-3,57	Fregaderos de acero inoxidable					0,5	0,5		0
	i-3,58	Áreas específicas para laboratorio de especialidad					0,5	0,5		0
	i-3,59	Sala de espera					0,5	0,5		0
	i-3,60	Eliminación de residuos					0,5	0,5		0
	i-3,61	Área específica con acceso restringido						0,5		0
i-3,62	Sala de recepción y observación						0,5		0	

SERVICIO	CÓD.	INFRAESTRUCTURA - INSTALACIONES FÍSICAS	DISPENSARIOS			HOSPITALES			Marque con 1 en caso de	Resultado
			INX/U	UAA	CAA	1	2	3		
BANCO DE SANGRE	i-3,63	Sala para la práctica del examen médico del donante y obtención de su sangre						0,5	0	
	i-3,64	Area para la práctica de las pruebas serológicas de detección de agentes infecciosos						0,5	0	
LABORATORIO ANATOMÍA PATOLÓGICA	i-3,65	Área física exclusiva					0,5	0,5	0	
	i-3,66	Área de recepción de muestras					0,5	0,5	0	
	i-3,67	Área de toma de muestras					0,5	0,5	0	
	i-3,68	Sala de Macroscopia					0,5	0,5	0	
	i-3,69	Sala del Histotecnología					0,5	0,5	0	
	i-3,70	Archivo: De especímenes, bloques y láminas					0,5	0,5	0	
	i-3,71	Vestuario con unidad sanitaria y ducha para personal					0,5	0,5	0	
	i-3,72	Mesa patológica					0,5	0,5	0	
	i-3,73	Frigorífico vertical, cadáveres					0,5	0,5	0	
	i-3,74	Laboratorio patológico Sala de patólogos, Área de trabajo.					0,5	0,5	0	
LABORATORIOS DE GENÉTICA HUMANA, CITOGÉNICA HUMANA, ENFERMEDADES METABÓLICAS	i-3,75	Área específica, claramente identificada, con las condiciones definidas para laboratorio clínico más los siguientes ambientes:						0,5	0	
	i-3,76	Area de laboratorio con especificaciones para cultivos celulares y de tejidos						0,5	0	
	i-3,77	Area de preparación de reactivos						0,5	0	
	i-3,78	Area de lavado de material.						0,5	0	
	i-3,79	Zona de lectura.						0,5	0	
	i-3,80	Area de cuarto oscuro (citogenética humana)						0,5	0	
LABORATORIO DE BIOLOGÍA MOLECULAR	i-3,81	Área específica, claramente identificada, con las condiciones definidas para laboratorio clínico						0,5	0	
	i-3,82	Zona de Extracción de Acidos Nucleicos						0,5	0	
	i-3,83	Zona de PCR						0,5	0	
	i-3,84	Cuarto de Hibridación						0,5	0	
IMAGEN	i-3,85	Área de resonancia magnética						0,5	0	
	i-3,86	Área de tomografía					0,5	0,5	0	
	i-3,87	Área de Ultrasonido						0,5	0	
SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO, MEDICINA NUCLEAR Y TERAPIA CON	i-3,88	Licencia de la CEA						0,5	0	
	i-3,89	Área de preparación de materiales						0,5	0	
	i-3,90	Sala de procesamiento de datos						0,5	0	
	i-3,91	Climatización						0,5	0	
LABORATORIO DE HEMODINAMICA	i-3,92	Sala de espera						0,5	0	
	i-3,93	Sala de procedimientos						0,5	0	
	i-3,94	Área de preparación del paciente						0,5	0	
	i-3,95	Área de limpieza y desinfección de equipos.						0,5	0	
	i-3,96	Baño y vestidor para los usuarios						0,5	0	
	i-3,97	Área específica						0,5	0	
	i-3,98	Licencia de la CEA						0,5	0	
	i-3,99	Sala de Hemodinamica						0,5	0	
	i-4	Sala de comando						0,5	0	
	i-4,01	Lavabo quirúrgico con dispensador de jabón						0,5	0	
LITOTRIPCIÁ UROLOGICA	i-4,02	Zona de lavado de material						0,5	0	
	i-4,03	Depósito de equipos y medicamentos						0,5	0	
	i-4,04	Área física exclusiva y delimitada						0,5	0	
	i-4,05	Cuenta con luz de emergencia generada por unidad autónoma o lámpara con acumulador						0,5	0	
	i-4,06	Tomas para gases medicinales y vacío						0,5	0	
	i-4,07	Sala de procedimientos						0,5	0	
	i-4,08	Sala de litotripcia						0,5	0	
	i-4,09	Sala de espera						0,5	0	
	i-4,10	Vestuario con baño						0,5	0	
	i-4,11	Licencia de la CEA, si usa Rx						0,5	0	
CARDIOLOGÍA	i-4,12	Sala de ecocardiografía						0,5	0	
	i-4,13	Sala de electrofisiología						0,5	0	
	i-4,14	Sala de ergometría						0,5	0	
	i-4,15	Sala de monitoreo						0,5	0	
TOTAL (i)			8	25	48,5	72,5	133	154	0	

	EQUIPAMIENTO INSTITUCIONAL	DISPENSARIOS			HOSPITALES			N°	RESULTADO
		ANX	UAA	CAA	1	2	3		
1. CONSULTA EXTERNA									
1,01	Consultorios	0,2500	0,2500	0,2500	0,2500	0,2500	0,2500		0,0000
1,02	Balanza y tallímetro	0,0005	0,0005	0,0005	0,0005	0,0005	0,0005		0,0000
1,03	Biombo	0,0005	0,0005	0,0005	0,0005	0,0005	0,0005		0,0000
1,04	Equipo de curaciones	0,0003	0,0003	0,0003	0,0003	0,0003	0,0003		0,0000
1,05	Equipo de diagnóstico	0,0007	0,0007	0,0007	0,0007	0,0007	0,0007		0,0000
1,06	Escritorio	0,0030	0,0030	0,0030	0,0030	0,0030	0,0030		0,0000
1,07	Fonoendoscopio	0,0004	0,0004	0,0004	0,0004	0,0004	0,0004		0,0000
1,08	Gradilla	0,0002	0,0002	0,0002	0,0002	0,0002	0,0002		0,0000
1,09	Intercomunicador con enfermería	0,0010	0,0010	0,0010	0,0010	0,0010	0,0010		0,0000
1,10	Lámpara cuello de cisne	0,0006	0,0006	0,0006	0,0006	0,0006	0,0006		0,0000
1,11	Lavamanos con dispensador de jabón	0,0030	0,0030	0,0030	0,0030	0,0030	0,0030		0,0000
1,12	Linterna	0,0003	0,0003	0,0003	0,0003	0,0003	0,0003		0,0000
1,13	Martillo de reflejos	0,0002	0,0002	0,0002	0,0002	0,0002	0,0002		0,0000
1,14	Mesa auxiliar	0,0010	0,0010	0,0010	0,0010	0,0010	0,0010		0,0000
1,15	Mesa para examen	0,0020	0,0020	0,0020	0,0020	0,0020	0,0020		0,0000
1,16	Negatoscopio	0,0010	0,0010	0,0010	0,0010	0,0010	0,0010		0,0000
1,17	Recipiente con mecanismo de pedal para desechos	0,0005	0,0005	0,0005	0,0005	0,0005	0,0005		0,0000
1,18	Secador de manos	0,0025	0,0025	0,0025	0,0025	0,0025	0,0025		0,0000
1,19	Silla	0,0010	0,0010	0,0010	0,0010	0,0010	0,0010		0,0000
1,20	Taburete giratorio	0,0015	0,0015	0,0015	0,0015	0,0015	0,0015		0,0000
1,21	Teléfono	0,0003	0,0003	0,0003	0,0003	0,0003	0,0003		0,0000
1,22	Tensiómetro	0,0007	0,0007	0,0007	0,0007	0,0007	0,0007		0,0000
1,00	Subtotal:	0,2712	0,2712	0,2712	0,2712	0,2712	0,2712		0,0000
2. ESTOMATOLOGÍA									
2,01	Amalgamador			0,0500	0,0500	0,0500	0,0500		0,0000
2,02	Compresor para módulo odontológico		0,0200	0,0200	0,0200	0,0200	0,0200		0,0000
2,03	Consultorios		0,2500	0,2500	0,2500	0,2500	0,2500		0,0000
2,04	Delantal plomado			0,0080	0,0080	0,0080	0,0080		0,0000
2,05	Equipo radiología para panorámica dental y cefalometría			0,5000		0,5000	0,5000		0,0000
2,06	Equipo de Rayos X odontológico. Periapical		0,2000	0,2000	0,2000	0,2000	0,2000		0,0000
2,07	Equipo de ultrasonido para profilaxis					0,0600	0,0600		0,0000
2,08	Equipo para implantes					0,0400	0,0400		0,0000
2,09	Esterilizador autoclave			0,2500	0,2500	0,2500	0,2500		0,0000
2,10	Instrumental para cirugía máxilofacial						0,0500		0,0000
2,11	Instrumental para odontología			0,0500	0,0500	0,0500	0,0500		0,0000
2,12	Lámpara de luz halógena			0,0040	0,0040	0,0040	0,0040		0,0000
2,13	Mesa auxiliar		0,0010	0,0010	0,0010	0,0010	0,0010		0,0000
2,14	Motor neumático					0,0200	0,0200		0,0000
2,15	Quirófano (Referirse al equipamiento de sala de operaciones)						1,0000		0,0000
2,16	Revelador automático de placas			0,0100	0,0100	0,0100	0,0100		0,0000
2,17	Sillón odontológico		0,0080	0,0080	0,0080	0,0080	0,0080		0,0000
2,18	Taburete giratorio		0,0015	0,0015	0,0015	0,0015	0,0015		0,0000
2,19	Unidad de succión incorporada o independiente		0,0200	0,0200	0,0200	0,0200	0,0200		0,0000
2,20	Unidad odontológica (Sillón odontológico, lámpara celiática, trimodular)		0,2000	0,2000	0,2000	0,2000	0,2000		0,0000
2,00	Subtotal:	0,0000	0,7005	1,5725	1,0725	1,6925	2,7425		0,0000
3. HOSPITALIZACIÓN									
<i>Clasificación habitaciones</i>									
3,01	Dobles (Puntaje=N° habitaciones*0,2)				0,2000	0,2000	0,2000		0,0000
3,02	Individuales (Puntaje=N° habitaciones*0,3)				0,3000	0,3000	0,3000		0,0000
3,03	Múltiples (Hasta 4 camas) (Puntaje = N° habitaciones * 0,1)				0,1000	0,1000	0,1000		0,0000
3,00	Subtotal:	0,0000	0,0000	0,0000	0,6000	0,6000	0,6000		0,0000
4. URGENCIAS									
4,01	Ambulancia			0,3500	0,3500	0,3500	0,3500		0,0000
4,02	Área de observación (N° camas)					0,6000	0,6000		0,0000
4,03	Área de pacientes críticos (N° camas o camillas)						0,4000		0,0000
4,04	Bombas de infusión				0,0250	0,0250	0,0250		0,0000
4,05	Camilla móvil con barandas			0,0140	0,0140	0,0140	0,0140		0,0000
4,06	Coche de paro			0,0200	0,0200	0,0200	0,0200		0,0000
4,07	Collar cervical tipo Filadelfia			0,0002	0,0002	0,0002	0,0002		0,0000
4,08	Consultorios			0,2500	0,2500	0,2500	0,2500		0,0000
4,09	Electrocardiógrafo			0,0200	0,0200	0,0200	0,0200		0,0000
4,10	Equipo de diagnóstico			0,0010	0,0010	0,0010	0,0010		0,0000

	EQUIPAMIENTO INSTITUCIONAL	DISPENSARIOS			HOSPITALES			N°	RESULTADO
		ANX	UAA	CAA	1	2	3		
4,11	Equipo de Rayos X					0,6000	0,6000		0,0000
4,12	Equipo de resucitación (Ambu, laringoscopio, cánulas)			0,0130	0,0130	0,0130	0,0130		0,0000
4,13	Generador para marcapaso externo					0,0250	0,0250		0,0000
4,14	Glucómetro					0,0012	0,0012		0,0000
4,15	Marcapaso transcutáneo						0,0600		0,0000
4,16	Monitor EKG			0,0300	0,0300	0,0300	0,0300		0,0000
4,17	Monitor EKG, Desfibrilador			0,0750	0,0750	0,0750	0,0750		0,0000
4,18	Monitor EKG, Oximetría, TA no invasiva					0,0500	0,0500		0,0000
4,19	Monitor EKG, Oximetría, TA no invasiva, TA invasiva					0,0800	0,0800		0,0000
4,20	Monitor no invasivo T.A.			0,0100	0,0100	0,0100	0,0100		0,0000
4,21	Negatoscopio			0,0010	0,0010	0,0010	0,0010		0,0000
4,22	Oxímetro de pulso			0,0150	0,0150	0,0150	0,0150		0,0000
4,23	Sierra para cortar yesos			0,0070	0,0070	0,0070	0,0070		0,0000
4,24	Sillas de ruedas			0,0030	0,0030	0,0030	0,0030		0,0000
4,25	Succión portátil						0,0200		0,0000
4,26	Tablas de inmovilización			0,0010	0,0010	0,0010	0,0010		0,0000
4,27	Tomas de pared para oxígeno, aire comprimido y succión					0,0100	0,0100		0,0000
4,28	Ventilador de transporte					0,1500	0,1500		0,0000
4,00	Subtotal:	0,0000	0,0000	0,4602	0,4852	2,0014	2,4814		0,0000
5. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UTI)									
5,01	Bomba de contrapulsación aórtica						0,2500		0,0000
5,02	Aspirador torácico móvil, succión intermitente						0,0060		0,0000
5,03	Balón de contrapulsación						0,0250		0,0000
5,04	Bombas de infusión					0,0250	0,0250		0,0000
5,05	Camas de pacientes críticos					0,0800	0,0800		0,0000
5,06	Camilla móvil con barandas					0,0140	0,0140		0,0000
5,07	Campana de flujo laminar						0,1500		0,0000
5,08	Coche de paro					0,0200	0,0200		0,0000
5,09	Computador Gasto Cardíaco						0,0500		0,0000
5,10	Delantal plomado					0,0080	0,0080		0,0000
5,11	Electrocardiógrafo					0,0100	0,0100		0,0000
5,12	Equipo de diagnóstico					0,0010	0,0010		0,0000
5,13	Equipo de resucitación (Ambu, laringoscopio, cánulas)					0,0130	0,0130		0,0000
5,14	Equipo de Rx arco en C con intensificador de imagen					0,6000	0,6000		0,0000
5,15	Equipo para infundir soluciones, sangre y derivados a temperatura corporal					0,0100	0,0100		0,0000
5,16	Generador para marcapaso externo					0,0250	0,0250		0,0000
5,17	Glucómetro					0,0012	0,0012		0,0000
5,18	Monitor de presión intracraneal						0,0400		0,0000
5,19	Monitor EEG						0,0800		0,0000
5,20	Monitor EKG					0,0300	0,0300		0,0000
5,21	Monitor EKG, Desfibrilador					0,0750	0,0750		0,0000
5,22	Monitor EKG, Oximetría, TA no invasiva, TA invasiva					0,0800	0,0800		0,0000
5,23	Monitor no invasivo T.A.					0,0100	0,0100		0,0000
5,24	Monitoreo central					1,2000	1,2000		0,0000
5,25	Negatoscopio					0,0010	0,0010		0,0000
5,26	Nevera para guardar medicamentos especiales					0,0060	0,0060		0,0000
5,27	Oxímetro de pulso					0,0150	0,0150		0,0000
5,28	Panel con instalaciones eléctricas múltiples, tomas de oxígeno, aire comprimido y succión					0,1200	0,1200		0,0000
5,29	Sillas de ruedas					0,0030	0,0030		0,0000
5,30	Succión portátil						0,0200		0,0000
5,31	Ventilador					0,2400	0,2400		0,0000
5,32	Ventilador de transporte					0,1500	0,1500		0,0000
5,00	Subtotal:	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	2,7372	3,3582		0,0000
6. UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS (UCC)									
6,01	Balón de contrapulsación						0,0250		0,0000
6,02	Bomba de contrapulsación aórtica						0,2500		0,0000
6,03	Cama de pacientes críticos						0,0800		0,0000
6,04	Camilla móvil con barandas						0,0140		0,0000
6,05	Coche de paro						0,0200		0,0000
6,06	Computador gasto cardíaco						0,0500		0,0000
6,07	Delantal plomado						0,0080		0,0000
6,08	Ecocardiógrafo						1,0000		0,0000
6,09	Electrocardiógrafo						0,0100		0,0000

	EQUIPAMIENTO INSTITUCIONAL	DISPENSARIOS			HOSPITALES			N°	RESULTADO
		ANX	UAA	CAA	1	2	3		
6,10	Equipo de diagnóstico						0,0010	0,0000	
6,11	Equipo de resucitación (Ambu, laringoscopio, cánulas)						0,0130	0,0000	
6,12	Equipo de Rx arco en C con intensificador de imagen						0,6000	0,0000	
6,13	Equipo para infundir soluciones, sangre y derivados a temperatura corporal						0,0100	0,0000	
6,14	Generador para marcapaso externo						0,0250	0,0000	
6,15	Monitor EKG						0,0300	0,0000	
6,16	Monitor EKG, Desfibrilador						0,0750	0,0000	
6,17	Monitor EKG, Oximetría, TA no invasiva, TA invasiva						0,0800	0,0000	
6,18	Monitor no invasivo T.A.						0,0100	0,0000	
6,19	Negatoscopio						0,0010	0,0000	
6,20	Nevera para guardar medicamentos especiales						0,0060	0,0000	
6,21	Oxímetro de pulso						0,0150	0,0000	
6,22	Panel con instalaciones eléctricas múltiples, tomas de oxígeno, aire comprimido y succión						0,1200	0,0000	
6,23	Sillas de ruedas						0,0030	0,0000	
6,24	Succión portátil						0,0200	0,0000	
6,25	Tensiómetros						0,0007	0,0000	
6,26	Ventilador						0,2400	0,0000	
6,00	Subtotal:	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	2,7067	0,0000	
7. UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL									
7,01	Bombas de infusión					0,0250	0,0250	0,0000	
7,02	Coche de paro					0,0200	0,0200	0,0000	
7,03	Computador gasto cardíaco						0,0500	0,0000	
7,04	Delantal plomado					0,0080	0,0080	0,0000	
7,05	Electrocardiógrafo					0,0100	0,0100	0,0000	
7,06	Equipo de Rayos X portátil					0,8000	0,8000	0,0000	
7,07	Equipo de resucitación pediátrico (Ambu, laringoscopio)					0,0130	0,0130	0,0000	
7,08	Equipo para fototerapia					0,0280	0,0280	0,0000	
7,09	Equipo para infundir soluciones, sangre y derivados a temperatura corporal						0,0100	0,0000	
7,10	Incubadora					0,0900	0,0900	0,0000	
7,11	Incubadora de transporte						0,1200	0,0000	
7,12	Incubadora para cuidados intensivos					0,1400	0,1400	0,0000	
7,13	Monitor EKG					0,0300	0,0300	0,0000	
7,14	Monitor EKG, Desfibrilador					0,0750	0,0750	0,0000	
7,15	Monitor EKG, Oximetría, TA no invasiva, TA invasiva					0,0800	0,0800	0,0000	
7,16	Monitor no invasivo T.A.					0,0100	0,0100	0,0000	
7,17	Monitor transcutáneo para PO2 y CO2						0,0400	0,0000	
7,18	Negatoscopio						0,0010	0,0000	
7,19	Oxímetro de pulso					0,0150	0,0150	0,0000	
7,20	Panel con instalaciones eléctricas múltiples, tomas de oxígeno, aire comprimido y succión					0,1200	0,1200	0,0000	
7,21	Succión portátil					0,0200	0,0200	0,0000	
7,22	Tomas de pared para oxígeno, aire comprimido y succión						0,0100	0,0000	
7,23	Ventilador					0,2400	0,2400	0,0000	
7,00	Subtotal:	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	1,7240	1,9550	0,0000	
8. CIRUGÍA									
8,01	Artroscopio						0,0600	0,0000	
8,02	Balón de contrapulsación						0,0250	0,0000	
8,03	Bomba de contrapulsación aórtica						0,2500	0,0000	
8,04	Bisturí armónico						0,2500	0,0000	
8,05	Bomba de circulación extracorpórea						0,0900	0,0000	
8,06	Bombas de infusión		0,0250	0,0250	0,0250	0,0250	0,0250	0,0000	
8,07	Camilla móvil con barandas		0,0140	0,0140	0,0140	0,0140	0,0140	0,0000	
8,08	Capnógrafo		0,1350		0,1350	0,1350	0,1350	0,0000	
8,09	Cell saver						0,2500	0,0000	
8,10	Cilindros de oxígeno		0,0010	0,0010				0,0000	
8,11	Coche de paro		0,0200	0,0200	0,0200	0,0200	0,0200	0,0000	
8,12	Computador gasto cardíaco						0,0500	0,0000	
8,13	Dermátomo eléctrico						0,0100	0,0000	
8,14	Dermátomo manual					0,0040	0,0040	0,0000	
8,15	Electrobisturí		0,1000	0,1000	0,1000	0,1000	0,1000	0,0000	
8,16	Equipo de miniplacas, microplacas y macroplacas					0,0050	0,0050	0,0000	
8,17	Equipo de resucitación (Ambu, laringoscopio, cánulas)		0,0130	0,0130	0,0130	0,0130	0,0130	0,0000	
8,18	Equipo de Rx arco en C con intensificador de imagen		0,6000		0,6000	0,6000	0,6000	0,0000	
8,19	Equipo de rayo láser. Oftalmológico						0,8000	0,0000	
8,20	Equipo de rayo láser. Otros usos						0,8000	0,0000	
8,21	Equipo para artroscopia						1,0000	0,0000	
8,22	Equipo para cirugía mayor						0,2000	0,0000	
8,23	Equipo para cirugía menor					0,1000	0,1000	0,0000	
8,24	Equipo para infundir soluciones, sangre y derivados a temperatura corporal						0,0100	0,0000	
8,25	Equipo para videolaparoscopia						0,6000	0,0000	
8,26	Esterilizador autoclave		0,2500	0,2500	0,2500	0,2500	0,2500	0,0000	
8,27	Estimulador de nervio periférico		0,0018	0,0018	0,0018	0,0018	0,0018	0,0000	
8,28	Expansor de piel					0,0020	0,0020	0,0000	
8,29	Gasómetro						0,2000	0,0000	
8,30	Generador de marcapaso externo					0,0250	0,0250	0,0000	
8,31	Instrumental para cirugía cardiovascular						0,0500	0,0000	
8,32	Instrumental para cirugía estereotáxica						0,4000	0,0000	
8,33	Instrumental para cirugía ginecológica					0,0500	0,0500	0,0000	
8,34	Instrumental para cirugía laparoscópica					0,0500	0,0500	0,0000	
8,35	Instrumental para cirugía oftalmológica					0,0500	0,0500	0,0000	
8,36	Instrumental para cirugía oncológica						0,0500	0,0000	
8,37	Instrumental para cirugía plástica					0,0500	0,0500	0,0000	
8,38	Instrumental para cirugía torácica						0,0500	0,0000	
8,39	Instrumental para cirugía urológica					0,0500	0,0500	0,0000	

	EQUIPAMIENTO INSTITUCIONAL	DISPENSARIOS			HOSPITALES			N°	RESULTADO
		ANX	UAA	CAA	1	2	3		
8,40	Instrumental para cirugía vascular					0,0500	0,0500		0,0000
8,41	Instrumental para neurocirugía					0,0500	0,0500		0,0000
8,42	Instrumental para ORL					0,0500	0,0500		0,0000
8,43	Instrumental quirúrgico para ortopedia y traumatología					0,0500	0,0500		0,0000
8,44	Instrumental quirúrgico para proctología						0,0500		0,0000
8,45	Lámpara auxiliar			0,0400	0,0400	0,0400	0,0400		0,0000
8,46	Lámpara ciélfica			0,1200	0,1200	0,1200	0,1200		0,0000
8,47	Laringoscopio de fibra óptica			0,0070		0,0070	0,0070		0,0000
8,48	Lavabo quirúrgico con dispensador de jabón						0,0200		0,0000
8,49	Máquina de anestesia			0,4000	0,4000	0,4000	0,4000		0,0000
8,50	Mediastinoscopio						0,0700		0,0000
8,51	Mesa de mayo			0,0080	0,0080	0,0080	0,0080		0,0000
8,52	Mesa con capacidad para fluoroscopia			0,2500		0,2500	0,2500		0,0000
8,53	Mesa para ginecológica con bucky					0,0700	0,0700		0,0000
8,54	Mesa urológica para cirugía endoscópica					0,0700	0,0700		0,0000
8,55	Mesa quirúrgica (Cirugía mayor)					0,2500	0,2500		0,0000
8,56	Mesa quirúrgica (Cirugía menor)			0,2500	0,2500	0,2500	0,2500		0,0000
8,57	Mesa para instrumental quirúrgico curva			0,0100	0,0100	0,0100	0,0100		0,0000
8,58	Mesa para instrumental quirúrgico rectangular			0,0100	0,0100	0,0100	0,0100		0,0000
8,59	Mesa para cirugía ortopédica					0,3500	0,3500		0,0000
8,60	Mesa para neurocirugía						0,3500		0,0000
8,61	Microscopio para microcirugía vascular						0,4000		0,0000
8,62	Microscopio para neurocirugía						0,4000		0,0000
8,63	Microscopio para cirugía oftalmológica						0,4000		0,0000
8,64	Microscopio para cirugía otorrinolaringológica						0,4000		0,0000
8,65	Monitor EKG			0,0300	0,0300	0,0300	0,0300		0,0000
8,66	Monitor EKG, Desfibrilador			0,0750	0,0750	0,0750	0,0750		0,0000
8,67	Monitor EKG, Oximetría, TA no invasiva					0,0500	0,0500		0,0000
8,68	Monitor EKG, Oximetría, TA no invasiva, TA invasiva					0,0800	0,0800		0,0000
8,69	Monitor no invasivo T.A.			0,0100	0,0100	0,0100	0,0100		0,0000
8,70	Nefroscopio						0,2000		0,0000
8,71	Negatoscopio			0,0010	0,0010	0,0010	0,0010		0,0000
8,72	Oxímetro de pulso			0,0150	0,0150	0,0150	0,0150		0,0000
8,73	Peritoneoscopio						0,0300		0,0000
8,74	Quirófanos			1,0000	1,0000	1,0000	1,0000		0,0000
8,75	Tomas de pared para oxígeno, aire comprimido y succión					0,0100	0,0100		0,0000
8,76	Toracoscopio						0,0700		0,0000
8,77	Torniquete neumático para cirugía de mano						0,0400		0,0000
8,78	Trépano neumático			0,2500		0,2500	0,2500		0,0000
8,79	Unidad de litoclast (litotripcia intracorpórea)						0,2000		0,0000
8,80	Ureteroscopio						0,1200		0,0000
8,81	Ventilador					0,2400	0,2400		0,0000
8,82	Ventilador de transporte			0,1500	0,1500	0,1500	0,1500		0,0000
8,00	Subtotal:	0,0000	0,0000	3,7858	2,5438	5,4908	13,3858		0,0000
9. SALA DE PARTOS									
9,01	Amnioscopio						0,1000		0,0000
9,02	Aspirador de mola					0,0080	0,0080		0,0000
9,03	Bombas de infusión			0,0250		0,0250	0,0250		0,0000
9,04	Cilindros de oxígeno con regulador de presión			0,0010		0,0010			0,0000
9,05	Coche de paro			0,0200		0,0200	0,0200		0,0000
9,06	Doppler obstétrico			0,0080		0,0080	0,0080		0,0000
9,07	Ecógrafo con transductor vaginal					0,0800	0,0800		0,0000
9,08	Equipo de monitoreo fetal continuo						0,0550		0,0000
9,09	Equipo de resucitación (Ambu, laringoscopio, cánulas)			0,0130	0,0130	0,0130			0,0000
9,10	Equipo para videolaparoscopia						0,6000		0,0000
9,11	Estetoscopio de Pinard			0,0002	0,0002	0,0002			0,0000
9,12	Fórceps o vacuum extractor			0,0350	0,0350	0,0350			0,0000
9,13	Glucómetro			0,0012	0,0012	0,0012			0,0000
9,14	Histeroscopio para cirugía						0,0500		0,0000
9,15	Incubadora			0,0900	0,0900	0,0900			0,0000
9,16	Incubadora de transporte					0,1200	0,1200		0,0000
9,17	Instrumental quirúrgico			0,0500		0,0500	0,0500		0,0000
9,18	Lámpara de calor radiante			0,0500		0,0500	0,0500		0,0000
9,19	Máquina de anestesia			0,4000	0,4000	0,4000			0,0000
9,20	Mesa de atención de parto			0,2500	0,2500	0,2500			0,0000
9,21	Mesa para la atención del Recién Nacido			0,0060	0,0060	0,0060			0,0000
9,22	Monitor EKG			0,0300	0,0300	0,0300			0,0000
9,23	Monitor EKG, Desfibrilador			0,0750	0,0750	0,0750			0,0000
9,24	Pesa bebé			0,0040	0,0040	0,0040			0,0000
9,25	Tallímetro			0,0008	0,0008	0,0008			0,0000
9,26	Tomas de pared para oxígeno, aire comprimido y succión				0,0100	0,0100	0,0100		0,0000
9,00	Subtotal:	0,0000	0,0000	0,0000	1,0692	1,2772	2,0812		0,0000

EQUIPAMIENTO INSTITUCIONAL	DISPENSARIOS			HOSPITALES			N°	RESULTADO
	ANX	UAA	CAA	1	2	3		
10. RECUPERACIÓN								
10,01	Bombas de infusión			0,0250	0,0250	0,0250	0,0250	0,0000
10,02	Camilla móvil con barandas						0,0140	0,0000
10,03	Coche de paro			0,0200	0,0200	0,0200	0,0200	0,0000
10,04	Electrocardiógrafo			0,0100		0,0100	0,0100	0,0000
10,05	Equipo de resucitación (Ambu, laringoscopio, cánulas)						0,0130	0,0000
10,06	Equipo para infundir soluciones, sangre y derivados a temperatura corporal						0,0100	0,0000
10,07	Generador para marcapaso externo				0,0250	0,0250		0,0000
10,08	Monitor EKG				0,0300	0,0300		0,0000
10,09	Monitor EKG, Desfibrilador			0,0750	0,0750	0,0750	0,0750	0,0000
10,10	Monitor EKG, Oximetría, TA no invasiva				0,0500	0,0500		0,0000
10,11	Monitor no invasivo T.A.			0,0100	0,0100	0,0100	0,0100	0,0000
10,12	Negatoscopio						0,0010	0,0000
10,13	Oxímetro de pulso			0,0150	0,0150	0,0150	0,0150	0,0000
10,14	Succión portátil			0,0100	0,0100	0,0100	0,0100	0,0000
10,15	Tomas de pared para oxígeno, aire comprimido y succión						0,0100	0,0000
10,16	Ventilador				0,2400	0,2400		0,0000
10,17	Ventilador de transporte			0,1500	0,1500	0,1500	0,1500	0,0000
10,00	Subtotal:	0,0000	0,0000	0,3150	0,3050	0,6600	0,7080	0,0000
11. ENDOSCOPIA DIGESTIVA								
11,01	Auxiliar vertical para guardar equipos				0,0060	0,0060		0,0000
11,02	Colonoscopia						0,1800	0,0000
11,03	Duodenofibroscopia						0,0400	0,0000
11,04	Equipo de resucitación (Ambu, laringoscopio, cánulas)						0,0130	0,0000
11,05	Esofagoscopia				0,0200	0,0200		0,0000
11,06	Fonendoscopia				0,0004	0,0004		0,0000
11,07	Gastroduodenofibroscopia				0,0500	0,0500		0,0000
11,08	Gastrosocopia				0,0600	0,0600		0,0000
11,09	Mesa auxiliar para instrumentos				0,0010	0,0010		0,0000
11,10	Mesa para endoscopia				0,0100	0,0100		0,0000
11,11	Negatoscopio						0,0010	0,0000
11,12	Pancreatoduodenoscopia						0,0600	0,0000
11,13	Rectosigmoideoscopia				0,0100	0,0100		0,0000
11,14	Sigmoideoscopia						0,0400	0,0000
11,15	Taburete giratorio				0,0015	0,0015		0,0000
11,16	Tensiómetros				0,0007	0,0007		0,0000
11,17	Tomas de pared para oxígeno y succión						0,0100	0,0000
11,18	Unidad de fuente de luz fría						0,0200	0,0000
11,00	Subtotal:				0,1596	0,5236		0,0000
12. BRONCSCOPIA								
12,01	Auxiliar vertical para guardar equipos						0,0060	0,0000
12,02	Broncofibroscopia						0,1800	0,0000
12,03	Broncosocopia rígido						0,0250	0,0000
12,04	Camillas para examen						0,0050	0,0000
12,05	Equipo de resucitación (Ambu, laringoscopio, cánulas)						0,0130	0,0000
12,06	Mesa auxiliar para equipos						0,0010	0,0000
12,07	Mesa auxiliar para instrumentos						0,0010	0,0000
12,08	Monitor EKG, Desfibrilador						0,0750	0,0000
12,09	Negatoscopio						0,0010	0,0000
12,10	Oxímetro de pulso						0,0150	0,0000
12,11	Taburete giratorio						0,0015	0,0000
12,12	Tensiómetros						0,0007	0,0000
12,13	Tomas de pared para oxígeno y succión						0,0100	0,0000
12,00	Subtotal:						0,3342	0,0000

EQUIPAMIENTO INSTITUCIONAL	DISPENSARIOS			HOSPITALES			N°	RESULTADO
	ANX	UAA	CAA	1	2	3		
13. GINECOLOGÍA								
13,01	Colposcopio					0,5000		0,0000
13,02	Culdoscopio					0,0200		0,0000
13,03	Curetas de Novak					0,0030		0,0000
13,04	Equipo de crioterapia					0,0150		0,0000
13,05	Histeroscopio para examen					0,0500		0,0000
13,06	Equipo para videolaparoscopia					0,6000		0,0000
13,07	Instrumental de ginecología					0,0100		0,0000
13,00	Subtotal:					1,1980		0,0000
14. SALA DE PROCEDIMIENTOS UROLÓGICOS								
14,01	Cistoscopio					0,0500		0,0000
14,02	Equipo de registro en papel térmico o cámara multiformato					0,0100		0,0000
14,03	Equipo de urodinamia					0,1000		0,0000
14,04	Ureteroscopio					0,0300		0,0000
14,05	Tomas de pared para oxígeno y succión					0,0100		0,0000
14,06	Uroflujómetro y accesorios					0,0400		0,0000
14,00	Subtotal:					0,2400		0,0000
15. OFTALMOLOGÍA								
15,01	Cámara de lentes de prueba		0,0500		0,0500	0,0500		0,0000
15,02	Campímetro computarizado				0,1800	0,1800		0,0000
15,03	Cartilla de Snellen	0,0003			0,0003	0,0003		0,0000
15,04	Ecógrafo oftalmológico	0,1500			0,0150	0,0150		0,0000
15,05	Electroretinógrafo					0,1700		0,0000
15,06	Equipo de rayo láser					0,3500		0,0000
15,07	Equipo para angiografía-fluoresceína	0,2500			0,2500	0,2500		0,0000
15,08	Facoemulsificador					0,8000		0,0000
15,09	Lámpara de Hendidura	0,0900			0,0900	0,0900		0,0000
15,10	Lensómetro					0,0450		0,0000
15,11	Microscopio quirúrgico				0,4000	0,4000		0,0000
15,12	Oftalmoscopio directo	0,0008			0,0008	0,0008		0,0000
15,13	Oftalmoscopio indirecto	0,0080			0,0080	0,0080		0,0000
15,14	Paquímetro					0,0900		0,0000
15,15	Queratómetro	0,1000			0,1000	0,1000		0,0000
15,16	Retinógrafo				0,1000	0,1000		0,0000
15,17	Retinoscopio				0,0200	0,0200		0,0000
15,18	Sillas de ruedas	0,0030			0,0030	0,0030		0,0000
15,19	Tonómetro aplanático	0,0080			0,0080	0,0080		0,0000
15,20	Topógrafo corneal	0,0050			0,0050	0,0050		0,0000
15,21	Unidad de oftalmología	0,1800			0,1800	0,1800		0,0000
15,22	Unidad de refracción	0,0900			0,0900	0,0900		0,0000
15,23	Vitreófago (Para vitrectomía posterior)					0,8000		0,0000
15,00	Subtotal:	0,0000	0,0000	0,9351	0,0000	1,6701	3,7551	0,0000
16. OTORRINOLARINGOLOGÍA								
16,01	Audiómetro					0,0050		0,0000
16,02	Cámara sonoamortiguadora					0,1000		0,0000
16,03	Camillas para examen	0,0050			0,0050	0,0050		0,0000
16,04	Electronistagmómetro					0,1200		0,0000
16,05	Endoscopio nasal					0,0200		0,0000
16,06	Equipo de diagnóstico	0,0010			0,0010	0,0010		0,0000
16,07	Equipo para potenciales evocados					0,1800		0,0000
16,08	Esterilizador	0,0180			0,0180	0,0180		0,0000
16,09	Frontoluz	0,0010			0,0010	0,0010		0,0000
16,10	Impedanciómetro					0,0500		0,0000
16,11	Instrumental para ORL	0,0500			0,0500	0,0500		0,0000
16,12	Microscopio para examen de pacientes	0,0300			0,0300	0,0300		0,0000
16,13	Negatoscopio	0,0010			0,0010	0,0010		0,0000
16,14	Otoscopio	0,0010			0,0010	0,0010		0,0000
16,15	Rinofaringoscopio rígido	0,0010			0,0010	0,0010		0,0000
16,16	Rinoscopio de fibra óptica	0,0015			0,0015	0,0050		0,0000
16,17	Set de laringoscopios				0,0050	0,0050		0,0000
16,18	Sillas de ruedas	0,0030			0,0030	0,0030		0,0000
16,19	Succión portátil	0,0200			0,0200	0,0200		0,0000
16,20	Unidad de fuente de luz fría	0,0200			0,0200	0,0200		0,0000
16,21	Unidad de ORL	0,0800			0,0800	0,0800		0,0000
16,00	Subtotal:	0,0000	0,0000	0,2325	0,0000	0,2375	0,7160	0,0000
17. RADIOTERAPIA								
17,01	Acelerador lineal					10,0000		0,0000
17,02	Carro plomado para cuarto caliente					0,0100		0,0000
17,03	Consola de planeación computarizada					0,5000		0,0000
17,04	Dosímetro para calibrar equipos					0,0020		0,0000
17,05	Equipo de cobalto					5,0000		0,0000
17,06	Equipo de ortovoltaje					0,0500		0,0000
17,07	Equipo para hipertermia					1,0000		0,0000
17,08	Equipo para braquiterapia					3,0000		0,0000
17,09	Medidor de radiación ambiental					0,0050		0,0000
17,10	Simulador					0,8000		0,0000
17,11	Sillas de ruedas					0,0030		0,0000
17,00	Subtotal:					20,3700		0,0000

EQUIPAMIENTO INSTITUCIONAL	DISPENSARIOS			HOSPITALES			N°	RESULTADO
	ANX	UAA	CAA	1	2	3		
18. FISIATRÍA								
18,01	Balón ortopédico		0,0005		0,0005	0,0005		0,0000
18,02	Banda sin fin		0,3000		0,3000	0,3000		0,0000
18,03	Baño de parafina		0,0050		0,0050	0,0050		0,0000
18,04	Bicicleta estacionaria		0,0040		0,0040	0,0040		0,0000
18,05	Calentador de paquetes húmedos		0,0015		0,0015	0,0015		0,0000
18,06	Camilla móvil con barandas		0,0140		0,0140	0,0140		0,0000
18,07	Colchonetas		0,0005		0,0005	0,0005		0,0000
18,08	Diatermia		0,0900		0,0900	0,0900		0,0000
18,09	Dinamómetro		0,0120		0,0120	0,0120		0,0000
18,10	Electroestimulador		0,0450		0,0450	0,0450		0,0000
18,11	Electromiógrafo					0,0400		0,0000
18,12	Equipo de poleas		0,0005		0,0005	0,0005		0,0000
18,13	Equipo de ultrasonido		0,1900		0,1900	0,1900		0,0000
18,14	Equipo para laserterapia					0,0220		0,0000
18,15	Equipos de pesas		0,0020		0,0020	0,0020		0,0000
18,16	Escalera / Plano inclinado					0,0020		0,0000
18,17	Espejo de pared		0,0010		0,0010	0,0010		0,0000
18,18	Piscina					0,5000		0,0000
18,19	Sillas de ruedas		0,0030		0,0030	0,0030		0,0000
18,20	Tanque para hidroterapia				0,0180	0,0180		0,0000
18,21	Tina de Hoovard					0,1500		0,0000
18,22	Vibrador para masajes				0,0500	0,0500		0,0000
18,00	Subtotal:	0,0000	0,0000	0,6690	0,0000	0,6870	1,4510	0,0000
19. LABORATORIO CLINICO								
19,01	Agitador de pipetas para recuento leucocitario		0,0500	0,0500	0,0500	0,0500		0,0000
19,02	Agitador horizontal		0,0020	0,0020	0,0020	0,0020		0,0000
19,03	Agitador magnético		0,0700		0,0700	0,0700		0,0000
19,04	Agitador rotador		0,0500		0,0500	0,0500		0,0000
19,05	Analizador automático para bioquímica clínica		1,0000		1,0000	1,0000		0,0000
19,06	Analizador automático para hematología		0,3000		0,3000	0,3000		0,0000
19,07	Analizador automático para Inmunoquímica					0,5000		0,0000
19,08	Analizador automático para microbiología				0,1800	0,1800		0,0000
19,09	Analizador automático para uroanálisis		0,0120		0,0120	0,0120		0,0000
19,10	Analizador de electrolitos		0,0800		0,0800	0,0800		0,0000
19,11	Analizador de gases arteriales				0,0800	0,0800		0,0000
19,12	Autoclave	0,0600	0,0600	0,0600	0,0600	0,0600		0,0000
19,13	Balanza analítica				0,0080	0,0080		0,0000
19,14	Balanza de mesa	0,0010	0,0010	0,0010	0,0010	0,0010		0,0000
19,15	Balanza de platillo	0,0020	0,0020	0,0020	0,0020	0,0020		0,0000
19,16	Baño María	0,0010	0,0010	0,0010	0,0010	0,0010		0,0000
19,17	Bilirrubinómetro	0,0025	0,0025	0,0025	0,0025	0,0025		0,0000
19,18	Campana de flujo laminar					0,8000		0,0000
19,19	Centrífuga para laboratorio	0,0300	0,0300	0,0300	0,0300	0,0300		0,0000
19,20	Centrífuga para microhematocrito	0,0180	0,0180	0,0180	0,0180	0,0180		0,0000
19,21	Centrífuga refrigerada					0,1200		0,0000
19,22	Coloreador de placas		0,0150		0,0150	0,0150		0,0000
19,23	Contador de células		0,0010		0,0010	0,0010		0,0000
19,24	Cronómetro	0,0003	0,0003	0,0003	0,0003	0,0003		0,0000
19,25	Cuarto frío con secciones de refrigeración y congelación (-70°)					0,0700		0,0000
19,26	Destilador desionizador	0,0300	0,0300	0,0300	0,0300	0,0300		0,0000
19,27	Dilutor	0,0050	0,0050	0,0050	0,0050	0,0050		0,0000
19,28	Equipo de elisa completo		0,0500		0,0500	0,0500		0,0000
19,29	Equipo para coagulación, automático				0,3000	0,3000		0,0000
19,30	Equipo para electroforesis				0,0800	0,0800		0,0000
19,31	Equipo para identificación bacteriana					0,1800		0,0000
19,32	Espectrofotómetro	0,0400	0,0400	0,0400				0,0000
19,33	Estufa para microbiología		0,0060	0,0060	0,0060	0,0060		0,0000
19,34	Fibrinogenómetro				0,0400	0,0400		0,0000
19,35	Fotómetro para pruebas inmunológicas				0,0200	0,0200		0,0000
19,36	Incubadora de CO2 para bacteriología					0,0500		0,0000
19,37	Incubadora para microbiología		0,0100		0,0100	0,0100		0,0000
19,38	Lavadora de vidriería				0,0200	0,0200		0,0000
19,39	Llenador de cajas de petri		0,0700		0,0700	0,0700		0,0000
19,40	Mezcladora de tubos de ensayo	0,0002	0,0002	0,0002	0,0002	0,0002		0,0000
19,41	Micropipeta automática	0,0010	0,0010	0,0010	0,0010	0,0010		0,0000
19,42	Microscopio con contraste de fase					0,0500		0,0000
19,43	Microscopio óptico	0,0250	0,0250	0,0250	0,0250	0,0250		0,0000
19,44	Microscopio para inmunofluorescencia					0,0500		0,0000
19,45	Nefelómetro					0,5000		0,0000
19,46	Pipetas automáticas 0,5 uL-1000uL	0,0020	0,0020	0,0020	0,0020	0,0020		0,0000
19,47	Potenciómetro digital					0,1000		0,0000
19,48	Refractómetro	0,0020	0,0020	0,0020	0,0020	0,0020		0,0000
19,49	Refrigerador-Congelador	0,0060	0,0060	0,0060	0,0060	0,0060		0,0000
19,50	Refrigerador-Congelador (temperatura de hasta menos 70°)					0,0700		0,0000
19,51	Sistema para cromatografía, capa fina					0,1000		0,0000
19,52	Software y hardware para manejo de laboratorio		0,1000		0,1000	0,1000		0,0000
19,53	Termo mixter	0,0050	0,0050	0,0050	0,0050	0,0050		0,0000
19,54	Tromboelastógrafo					0,0500		0,0000
19,55	Ultramicrocentrífuga					0,0500		0,0000
19,00	Subtotal:	0,2830	2,0470	0,2890	2,9050	5,4250		0,0000

EQUIPAMIENTO INSTITUCIONAL	DISPENSARIOS			HOSPITALES			N°	RESULTADO
	ANX	UAA	CAA	1	2	3		
20. BANCO DE SANGRE								
20,01						0,0020		0,0000
20,02						0,0020		0,0000
20,03						0,0020		0,0000
20,04						0,0050		0,0000
20,05						0,0050		0,0000
20,06						0,0010		0,0000
20,07						0,0050		0,0000
20,08						0,0180		0,0000
20,09						0,0180		0,0000
20,10						0,0200		0,0000
20,11						0,0200		0,0000
20,12						1,2000		0,0000
20,13						0,0080		0,0000
20,14						0,0030		0,0000
20,15						0,0300		0,0000
20,16						0,0200		0,0000
20,17						0,0060		0,0000
20,18						0,0030		0,0000
20,19						0,4000		0,0000
20,00						1,7680		0,0000
21. ANATOMIA PATOLOGICA								
21,01						0,0030	0,0030	0,0000
21,02						0,0250		0,0000
21,03						0,0020	0,0020	0,0000
21,04						0,1200	0,1200	0,0000
21,05						0,0900	0,0900	0,0000
21,06						0,0900	0,0900	0,0000
21,07						0,0300	0,0300	0,0000
21,08						0,0200	0,0200	0,0000
21,09						0,0200	0,0200	0,0000
21,10						0,2000	0,2000	0,0000
21,11						0,3500		0,0000
21,12						0,0300	0,0300	0,0000
21,13						0,0800		0,0000
21,14						0,2000	0,2000	0,0000
21,15						0,0800	0,0800	0,0000
21,00						0,6850	1,3400	0,0000
22. IMAGEN								
22,01						5,0000		0,0000
22,02			0,0200	0,0200	0,0200	0,0200		0,0000
22,03			0,0080	0,0080	0,0080	0,0080		0,0000
22,04						2,5000		0,0000
22,05		0,8000	0,8000	0,8000	0,8000	0,8000		0,0000
22,06						0,8000	0,8000	0,0000
22,07			0,0130	0,0130	0,0130	0,0130		0,0000
22,08						0,1500		0,0000
22,09						0,9000		0,0000
22,10								0,0000
22,11			0,0750		0,0750	0,0750		0,0000
22,12			0,0010	0,0010	0,0010	0,0010		0,0000
22,13			0,0100	0,0100	0,0100	0,0100		0,0000
22,00		0,0000	0,8000	0,9270	0,8520	1,7270	10,2770	0,0000
23. EQUIPO DE ULTRASONIDO								
23,01			0,5000	0,5000	0,5000	0,5000		0,0000
23,02					0,7000	0,7000		0,0000
23,03			0,2000	0,2000	0,2000	0,2000		0,0000
23,04			0,2000	0,2000	0,2000	0,2000		0,0000
23,05					0,2000	0,2000		0,0000
23,06					0,2000	0,2000		0,0000
23,07			0,2000		0,2000	0,2000		0,0000
23,08					0,3000	0,3000		0,0000
23,00			1,1000	0,9000	2,5000	2,5000		0,0000
24. RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR								
24,01						6,0000		0,0000
24,02						9,0000		0,0000
24,03						12,0000		0,0000
24,04						0,5000		0,0000
24,05						0,5000		0,0000
24,06						0,5000		0,0000
24,07						0,5000		0,0000
24,00						27,5000		0,0000
25. TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC)								
25,01						2,5000	2,5000	0,0000
25,02							3,0000	0,0000
25,03							8,0000	0,0000
25,00						2,5000	5,5000	0,0000

EQUIPAMIENTO INSTITUCIONAL	DISPENSARIOS			HOSPITALES			N°	RESULTADO
	ANX	UAA	CAA	1	2	3		
26. MEDICINA NUCLEAR								
26,01	Bunker					0,1000		0,0000
26,02	Caja plomada para guardar radioisótopos					0,0010		0,0000
26,03	Calibrador de dosis					0,0030		0,0000
26,04	Camilla móvil con barandas					0,0140		0,0000
26,05	Contenedores de viales					0,0008		0,0000
26,06	Cuarto caliente					0,1000		0,0000
26,07	Delantal plomado					0,0080		0,0000
26,08	Detector de radioactividad ambiental					0,0050		0,0000
26,09	Equipo de gamagrafía					7,0000		0,0000
26,10	Equipo de resucitación (Ambu, laringoscopio, cánulas)					0,0130		0,0000
26,11	Gafas plomadas					0,0010		0,0000
26,12	Guantes plomados					0,0012		0,0000
26,13	Medidor de radiación ambiental					0,0050		0,0000
26,14	Mesa de examen					0,0100		0,0000
26,15	Negatoscopio					0,0010		0,0000
26,16	Nevera para guardar fármacos					0,0060		0,0000
26,17	Protector plomado de cuello					0,0020		0,0000
26,18	Recipiente plomado para guardar desechos sólidos y líquidos					0,0010		0,0000
26,19	Sillas de ruedas					0,0030		0,0000
26,20	Software y hardware para exámenes de medicina nuclear					0,5000		0,0000
26,21	Tomografía por emisión de fotón único, SPECT					8,0000		0,0000
26,22	Unidad de gamacámara: Mesa, detector y computadora					2,0000		0,0000
26,00	Subtotal:					17,7750		0,0000
27. LABORATORIO DE HEMODINAMICA Y ELECTROFISIOLOGÍA								
27,01	Angiógrafo para cardiología					8,0000		0,0000
27,02	Bombas de infusión					0,0250		0,0000
27,03	Camilla móvil con barandas					0,0140		0,0000
27,04	Coche de paro					0,0200		0,0000
27,05	Delantal plomado					0,0080		0,0000
27,06	Desfibrilador					0,0750		0,0000
27,07	Equipo de resucitación (Ambu, laringoscopio, cánulas)					0,0130		0,0000
27,08	Estimulador cardiaco con capacidad de al menos tres					1,0000		0,0000
27,09	Generador de radiofrecuencia					1,0000		0,0000
27,10	Generador para marcapaso externo					0,0250		0,0000
27,11	Interfase para electrofisiología					0,4000		0,0000
27,12	Interfase para hemodinámica					0,4000		0,0000
27,13	Inyector automático					0,1500		0,0000
27,14	Máquina de anestesia					0,4000		0,0000
27,15	Oxímetro de pulso					0,0150		0,0000
27,16	Pantallas en las salas de comando y de angiografía					0,0100		0,0000
27,17	Panel con instalaciones eléctricas múltiples, tomas de oxígeno, aire comprimido y succión					0,1200		0,0000
27,18	Polígrafo para registro de parámetros electrofisiológicos, mínimo de 4 canales para hemodinámica, con registro simultáneo de presiones; polígrafo de al menos 5 canales para electrofisiología					0,8000		0,0000
27,19	Revelador automático de placas					0,0100		0,0000
27,20	Software para electrofisiología					0,0200		0,0000
27,21	Software para hemodinámica					0,0500		0,0000
27,22	Succión portátil					0,0200		0,0000
27,23	Vestuario con baño					0,2000		0,0000
27,00	Subtotal:					12,7750		0,0000
MÉTODOS NO INVASIVOS DE DIAGNÓSTICO EN CARDIOLOGÍA								
28. ELECTROCARDIOGRAFÍA								
28,01	Electrocardiógrafos					0,0100		0,0000
28,02	Grabadoras para paciente					0,0010		0,0000
28,03	Monitoreo ambulatorio tensión arterial					0,0400		0,0000
28,04	Monitoreo cardiaco continuo, Holter					0,0600		0,0000
28,05	Software y hardware para monitoreo continuo					0,0500		0,0000
28,00	Subtotal:					0,1610		0,0000
29. ERGOMETRÍA								
29,01	Desfibrilador					0,0750		0,0000
29,02	Equipo de resucitación (Ambu, laringoscopio, cánulas)					0,0130		0,0000
29,03	Software para ergometría					0,0200		0,0000
29,04	Unidad de ergometría que incluya: Consola de programación,					0,4000		0,0000
29,00	Subtotal:					0,5080		0,0000
30. ECOCARDIOGRAFÍA								
30,01	Ecocardiógrafo de alta resolución, imágenes de modo M, bidimensional, doppler pulsado color, continuo, registro EKG					1,0000		0,0000
30,02	Ecocardiógrafo transesofágico					2,0000		0,0000
30,00	Subtotal:					3,0000		0,0000

EQUIPAMIENTO INSTITUCIONAL	DISPENSARIOS			HOSPITALES			N°	RESULTADO
	ANX	UAA	CAA	1	2	3		
31. LITOTRIPICIA								
31,01	Delantal plomado					0,0080		0,0000
31,02	Equipo de resucitación (Ambu, laringoscopio, cánulas)					0,0130		0,0000
31,03	Generador UPS					0,0100		0,0000
31,04	Guantes plomados					0,0012		0,0000
31,05	Lámpara portátil					0,0030		0,0000
31,06	Máquina de anestesia (Según el tipo de litotriptor)					0,6000		0,0000
31,07	Negatoscopio					0,0010		0,0000
31,08	Unidad de litotripcia, que conste de: Litotriptor, Rx arco en C, mesa para el paciente, cabezal, panel de mando					8,0000		0,0000
31,00	Subtotal:					8,6362		0,0000
32. LABORATORIO DE GENÉTICA								
32,01	Baño maría					0,0010		0,0000
32,02	Cámara de electroforesis					0,0050		0,0000
32,03	Campana de flujo laminar					0,1500		0,0000
32,04	Centrífuga					0,0180		0,0000
32,05	Espectrofotómetro					0,0400		0,0000
32,06	Estufa					0,0060		0,0000
32,07	Extractor de gases					0,0040		0,0000
32,08	Fuente de poder para electroforesis					0,0050		0,0000
32,09	Incubadora a 37° con humedad CO2 y/o nitrógeno					0,0800		0,0000
32,10	Microscopio con contraste de fase					0,0500		0,0000
32,11	Microscopio óptico					0,0250		0,0000
32,12	Termociclador					0,2000		0,0000
32,00	Subtotal:					0,5840		0,0000
33. LABORATORIO DE BIOLOGIA MOLECULAR								
33,01	Campana de flujo laminar					0,1500		0,0000
33,02	Centrífuga					0,0180		0,0000
33,03	Destilador-desionizador					0,0080		0,0000
33,04	Esterilizador autoclave					0,2500		0,0000
33,05	Esterilizador de aire caliente					0,0300		0,0000
33,06	Micro centrífuga (Refrigerada opcional)					0,0150		0,0000
33,07	Micro pipetas digitales graduables					0,0010		0,0000
33,08	Nevera con congelador					0,0800		0,0000
33,09	Pipeteadores eléctricos					0,0050		0,0000
33,10	Sistema para electroforesis					0,0500		0,0000
33,11	Termociclador					0,2000		0,0000
33,12	Transiluminador de luz ultravioleta					0,0050		0,0000
33,00	Subtotal:					0,8120		0,0000
34. LABORATORIO DE INMUNOLOGÍA								
34,01	Balanza convencional para pesar tubos					0,0020		0,0000
34,02	Balanza electromagnética					0,0050		0,0000
34,03	Bombonas con Nitrógeno líquido					0,0005		0,0000
34,04	Campana de flujo laminar					0,1500		0,0000
34,05	Centrífuga					0,0180		0,0000
34,06	Citómetro de flujo					0,0500		0,0000
34,07	Contador de células					0,0080		0,0000
34,08	Equipo para inmunoquímica					0,0500		0,0000
34,09	Estufa					0,0060		0,0000
34,10	Microcentrifugas					0,0100		0,0000
34,11	Microscopio óptico con contraste de fase					0,0500		0,0000
34,12	Microscopio óptico invertido, con contraste de fase fase, campo obscuro, inmunofluorescencia					0,0500		0,0000
34,13	Nefelómetro					0,0400		0,0000
34,14	Sistema para proteína recombinante					0,2000		0,0000
34,15	Termociclador					0,2000		0,0000
34,16	Turbidímetro					0,0200		0,0000
34,17	Ultracongelador de -80°C					0,4000		0,0000
34,00	Subtotal:					1,2595		0,0000
35. UNIDAD DE QUEMADOS								
35,01	Bombas de infusión					0,0250		0,0000
35,02	Cama circular					0,1500		0,0000
35,03	Cama de pacientes críticos					0,0800		0,0000
35,04	Cámara de oxígeno hiperbárico					0,2000		0,0000
35,05	Camilla móvil con barandas					0,0140		0,0000
35,06	Campana de flujo laminar					0,1500		0,0000
35,07	Capnógrafo					0,1350		0,0000
35,08	Coche de paro					0,0200		0,0000
35,09	Dermatómo					0,0040		0,0000
35,10	Electrobisturí					0,1000		0,0000
35,11	Equipo de resucitación (Ambu, laringoscopio, cánulas)					0,0130		0,0000
35,12	Equipo para cirugía mayor					0,2000		0,0000
35,13	Equipo para cirugía menor					0,1000		0,0000
35,14	Equipo para infundir soluciones, sangre y derivados a temperatura corporal					0,0100		0,0000
35,15	Esterilizador					0,0180		0,0000
35,16	Estimulador de nervio periférico					0,0018		0,0000
35,17	Generador de aire caliente de 20-25° y humedad relativa entre 50 y 70%					1,5000		0,0000
35,18	Instrumental para Cirugía Plástica					0,0500		0,0000

EQUIPAMIENTO INSTITUCIONAL	DISPENSARIOS			HOSPITALES			N°	RESULTADO
	ANX	UAA	CAA	1	2	3		
35,19 Lámpara auxiliar						0,0400		0,0000
35,20 Lámpara cielifítica						0,1200		0,0000
35,21 Lavabo quirúrgico con dispensador de jabón						0,0200		0,0000
35,22 Máquina de anestesia						0,4000		0,0000
35,23 Mesa para instrumental quirúrgico						0,0100		0,0000
35,24 Mesa para material de curaciones						0,0030		0,0000
35,25 Microscopio quirúrgico						0,4000		0,0000
35,26 Monitor EKG, Desfibrilador						0,0750		0,0000
35,27 Monitor EKG, Oximetría, TA no invasiva, TA invasiva						0,0800		0,0000
35,28 Monitor no invasivo T.A.						0,0100		0,0000
35,29 Negatoscopio						0,0010		0,0000
35,30 Nevera						0,0070		0,0000
35,31 Oxímetro de pulso						0,0150		0,0000
35,32 Quirófano para quemados						1,0000		0,0000
35,33 Sillas de ruedas						0,0030		0,0000
35,34 Tomas de pared para oxígeno, aire comprimido y succión						0,0100		0,0000
35,35 Ventilador						0,2400		0,0000
35,36 Ventilador de transporte						0,1500		0,0000
35,00 Subtotal:						5,3548		0,0000
36. HOSPITALIZACION PSIQUIATRÍA								
36,01 Coche de paro						0,0200		0,0000
36,02 Equipo de Terapia Electroconvulsiva						0,9000		0,0000
36,03 Tomas eléctricas con sistemas de seguridad						0,0050		0,0000
36,00 Subtotal:						0,9250		0,0000
37. CLINICA DEL DOLOR								
37,01 Bombas de infusión						0,0250		0,0000
37,02 Bombas y equipos de PCA (Analgésia Controlada por el						0,0010		0,0000
37,00 Subtotal:						0,0260		0,0000
38. LABORATORIO DE ELECTRODIAGNOSTICO								
38,01 Electromiógrafo						0,0400		0,0000
38,02 Electroencefalógrafo						0,1000		0,0000
38,03 Electroestimulador						0,0450		0,0000
38,04 Equipo para potenciales evocados						0,1800		0,0000
38,00 Subtotal:						0,3650		0,0000
39. LAVANDERÍA								
39,01 Báscula de plataforma				0,0300	0,0300	0,0300		0,0000
39,02 Centrifuga eléctrica para ropa				0,0800	0,0800	0,0800		0,0000
39,03 Coche de transporte				0,0050	0,0050	0,0050		0,0000
39,04 Lavadora eléctrica para ropa				0,1200	0,1200	0,1200		0,0000
39,05 Lavadora extractora para ropa					0,1300	0,1300		0,0000
39,06 Máquina de coser				0,0100	0,0100	0,0100		0,0000
39,07 Máquina de coser. Tipo industrial				0,1000	0,1000	0,1000		0,0000
39,08 Marcador eléctrico para ropa				0,0500	0,0500	0,0500		0,0000
39,09 Mesa para planchado				0,0080	0,0080	0,0080		0,0000
39,10 Plancha eléctrica. Trabajo pesado				0,0200	0,0200	0,0200		0,0000
39,11 Planchadora de prensa				0,0400	0,0400	0,0400		0,0000
39,12 Planchadora de rodillo				0,0400	0,0400	0,0400		0,0000
39,13 Secadora eléctrica para ropa				0,1000	0,1000	0,1000		0,0000
39,00 Subtotal:				0,6030	0,7330	0,7330		0,0000
40. ALIMENTACIÓN Y DIETÉTICA								
40,01 Ablandador de carne				0,0100	0,0100	0,0100		0,0000
40,02 Afilador de cuchillos				0,0030	0,0030	0,0030		0,0000
40,03 Autoclave				0,0600	0,0600	0,0600		0,0000
40,04 Balanza de bandeja				0,0100	0,0100	0,0100		0,0000
40,05 Balanza de mesa				0,0100	0,0100	0,0100		0,0000
40,06 Banda transportadora de bandejas					0,0300	0,0300		0,0000
40,07 Baño María para cocina				0,0050	0,0050	0,0050		0,0000
40,08 Batidora eléctrica de mesa				0,0020	0,0020	0,0020		0,0000
40,09 Batidora eléctrica tipo industrial				0,0120	0,0120	0,0120		0,0000
40,10 Campana extractora de olores				0,0080	0,0080	0,0080		0,0000
40,11 Carro caliente					0,0100	0,0100		0,0000
40,12 Carro portaalimentos				0,0100	0,0100	0,0100		0,0000
40,13 Carro termo					0,0150	0,0150		0,0000
40,14 Cepillo eléctrico para lavado de loza				0,0200	0,0200	0,0200		0,0000
40,15 Cocina industrial				0,1200	0,1200	0,1200		0,0000
40,16 Cocinador de verduras a vapor				0,0080	0,0080	0,0080		0,0000
40,17 Congelador tipo industrial					0,1300	0,1300		0,0000
40,18 Cortadora-rebanadora de vegetales				0,0300	0,0300	0,0300		0,0000
40,19 Cuarto frío					0,0800	0,0800		0,0000
40,20 Destilador de agua				0,0300	0,0300	0,0300		0,0000
40,21 Extractor de jugos				0,0100	0,0100	0,0100		0,0000
40,22 Licuadora eléctrica tipo industrial				0,0250	0,0250	0,0250		0,0000
40,23 Máquina lavadora de vajillas				0,0800	0,0800	0,0800		0,0000
40,24 Máquina lavadora de vasos					0,0700	0,0700		0,0000
40,25 Máquina peladora de papas				0,0150	0,0150	0,0150		0,0000
40,26 Mesa de trabajo para carnes				0,0080	0,0080	0,0080		0,0000
40,27 Mesa para cocina. Metal				0,0090	0,0090	0,0090		0,0000
40,28 Molino eléctrico para carnes				0,0100	0,0100	0,0100		0,0000
40,29 Molino eléctrico para granos				0,0100	0,0100	0,0100		0,0000
40,30 Refrigeradora tipo industrial					0,1300	0,1300		0,0000
40,31 Triturador de desperdicios				0,0500	0,0500	0,0500		0,0000
40,00 Subtotal:				0,5550	1,0200	1,0200		0,0000
GRAN TOTAL				0,2712	2,0547	12,3153		8,9908
								30,2584
								166,1023
								0,0000



**HISTORIA CLINICA
DETALLE DE PROCESOS MINIMOS OBLIGATORIOS**

SERVICIO	CONTENIDOS MINIMOS DE LA HISTORIA CLINICA
CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS	Motivo de consulta, hallazgos clínicos, diagnóstico, exámenes complementarios, prescripción
ATENCIÓN HOSPITALARIA	Anamnesis, examen físico, nota de ingreso, órdenes médicas, notas de evolución, notas de enfermería, hojas de control, exámenes complementarios, prescripción
SERVICIOS QUIRÚRGICOS	Además de los contenidos señalados para la atención hospitalaria debe contar con el protocolo operatorio correspondiente
ATENCIÓN OBSTÉTRICA	Además de los contenidos señalados para la atención hospitalaria debe contar con el control de trabajo de parto, descripción del parto, descripción de la atención al neonato

**VARIABLE****N°****Consultas**

N° de consultas atendidas	
---------------------------	--

Consultas por grupo de edad

Menor de 1 mes	
De 1 a 11 meses	
De 1 a 14 años	
De 15 a 40 años	
De 41 a 60 años	
61 y + años	

Consultas por sexo

Hombres	
Mujeres	

Exámenes de laboratorio/año

Consulta externa	
Emergencia	
Hospitalización	

Imagenología, estudios/año

Consulta externa	
Emergencia	
Hospitalización	

Farmacia N° prescripciones/año

Consulta externa	
Emergencia	
Hospitalización	

Cirugía ambulatoria

N° pacientes atendidos	
------------------------	--

Egresos obstétricos/año

Partos	
Cesáreas	
Abortos	
Otros	

Nacimientos

Nacidos vivos	
Nacidos muertos	

Emergencias hospitalarias/año

N° pacientes atendidos	
N° curaciones	

Intervenciones quirúrgicas/año

Hospitalización	
Emergencia	
Cirugía ambulatoria	

Índices e indicadores

Camas de dotación	
Camas disponibles	
Días estadía total	
Días cama disponibles	
N° Consultas por egreso	
Porcentaje de ocupación	
Promedio días estadía	
Rendimiento cama	
Intervalo de giro	
Tasa neta de mortalidad cada 100 egresos	
Partos cada 100 egresos obstétricos	
Cesáreas cada 100 alumbramientos	
Abortos cada 100 gestantes internadas	
Tasa mortalidad materna por 1000 nacidos vivos	
Tasa mortalidad neonatal cada 1000 nacidos vivos	
Tasa cruda de mortilidad cada 100 egresos hospitalarios	
Intervenciones quirúrgicas cada 100 egresos	
Promedio días estadía clínica	
Promedio días estadía cirugía	
Promedio días estadía pediatría	
Promedio días estadía ginecología	
Promedio días estadía obstetricia	

2013



Ministerio
de **Salud Pública**

NORMA TÉCNICA PARA LA DERIVACIÓN Y FINANCIAMIENTO DE COBERTURA INTERNACIONAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE USUARIOS CON ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS

SUBSECRETARÍA NACIONAL
DE GOBERNANZA DE LA
SALUD PÚBLICA
(Primera edición)
Agosto 2013

No. 00004194

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

- Que;** la Constitución de la República del Ecuador manda: “Art. 3.- Son deberes primordiales del Estado: 1. Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes. (...);
- Que;** la citada Constitución de la República del Ecuador ordena: “Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”;
- Que;** el Art. 35 de la Norma Suprema establece que las personas que, entre otras, adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado;
- Que;** la Carta Magna en el Art. 50 prescribe que el Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente;
- Que;** el Art. 361 de la Constitución de la República del Ecuador manda: “El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.”;
- Que;** la Ley Orgánica de Salud dispone: “Art. 4. La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.”;
- Que;** el Art. 6 de la Ley Ibídem establece: “Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: (...) 34. Cumplir y hacer cumplir esta Ley, los reglamentos y otras disposiciones legales y técnicas relacionadas con la salud”;
- Que;** el Capítulo III-A DE LAS ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS Y RARAS O HUÉRFANAS, Capítulo agregado por Ley No. 0 a la Ley Orgánica de Salud en el Art. ... (1) prescribe: “El Estado ecuatoriano reconocerá de interés nacional a las enfermedades catastróficas y raras o huérfanas; y, a través de la autoridad sanitaria nacional, implementará las acciones necesarias para la atención en salud de las y los enfermos que las padezcan, con el fin de mejorar su calidad y expectativa de vida, bajo los principios de disponibilidad, accesibilidad, calidad y calidez; y, estándares de calidad, en la

promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, habilitación y curación. Las personas que sufran estas enfermedades serán consideradas en condiciones de doble vulnerabilidad.”;

- Que:** el Art. ... (2) del citado Capítulo III-A agregado por la Ley 0 a la Ley Orgánica de Salud, dispone entre las obligaciones de la autoridad sanitaria nacional las siguientes: “(...) b) Promover, coordinar y desarrollar, conjuntamente con organismos especializados nacionales e internacionales públicos y privados, investigaciones para el estudio de las enfermedades raras o huérfanas y catastróficas con la finalidad de favorecer diagnósticos y tratamientos tempranos en pro de una mejor calidad y expectativa de vida;
En aquellos casos en los que al Sistema Nacional de Salud le resulte imposible emitir el diagnóstico definitivo de una enfermedad, la autoridad sanitaria nacional implementará todas las acciones para que estos casos sean investigados en instituciones internacionales de la salud con la finalidad de obtener el diagnóstico y tratamiento correspondiente.”;
- Que:** el Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública, emitido mediante Acuerdo Ministerial No. 00001034 de 1 de noviembre de 2011, establece como Misión de la Dirección Nacional de Normatización definir normas, manuales de protocolos clínicos, protocolos terapéuticos, protocolos odontológicos y guías de manejo clínico, por ciclos de vida y niveles de atención, así como de procesos de organización y gestión;
- Que:** con Acuerdo Ministerial No. 00002710 de 28 de diciembre de 2012, se conformó el Comité Técnico de Gestión de Pacientes de Enfermedades Catastróficas de la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, misma que analizará y resolverá qué casos clínicos presentados y verificados deben ser tratados dentro o fuera del país;
- Que:** es preciso normar el proceso para la derivación y financiamiento para cobertura de atenciones integrales de salud en el exterior, para usuarios nacionales y extranjeros legalmente residentes en el Ecuador, que presenten enfermedades consideradas como catastróficas y que por razones técnicas y de operatividad, no puedan ser de resolución nacional; y,
- Que:** mediante memorando Nro. MSP-DNN-2013-1036-M de 1 de agosto de 2013, la Directora Nacional de Normatización, Encargada, solicita la elaboración del presente Acuerdo Ministerial.

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES LEGALES CONFERIDAS POR LOS ARTÍCULOS 151 Y 154, NUMERAL 1 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y POR EL ARTÍCULO 17 DEL ESTATUTO DEL RÉGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA

ACUERDA:

- Art.1.-** Aprobar y autorizar la publicación de la “**NORMA TÉCNICA PARA LA DERIVACIÓN Y FINANCIAMIENTO DE COBERTURA INTERNACIONAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE USUARIOS CON ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS**”, misma que ha sido elaborada por la Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública y por la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, bajo la coordinación de la Dirección Nacional de Normatización.
- Art.2.-** Publicar la “**NORMA TÉCNICA PARA LA DERIVACIÓN Y FINANCIAMIENTO DE COBERTURA INTERNACIONAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE USUARIOS CON ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS**”, en la página web del Ministerio de Salud Pública.

Art.3.- Disponer que la “NORMA TÉCNICA PARA LA DERIVACIÓN Y FINANCIAMIENTO DE COBERTURA INTERNACIONAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE USUARIOS CON ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS”, sea aplicada a nivel nacional, como una normativa del Ministerio de Salud Pública de carácter obligatorio para el Sistema Nacional de Salud (Red Pública de Salud y Red Complementaria).

Art.4.- Derogar todas las disposiciones de igual o menor jerarquía que se opongan al presente Acuerdo, expresamente el Acuerdo Ministerial No. 00002710 de 28 de diciembre de 2012.

Art.5.- De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial, que entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud y a la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública.

DADO EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO a, 03 SET. 2013


Carina Vaneé Mafla
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA



	Nombre	Área	Cargo	Sumilla
Revisado	Dra. Elisa Jaramillo Abg. Isabel Ledesma	Coordinación General de Asesoría Jurídica	Coordinadora General Directora Nacional de Consultoría Legal	 
Elaborado	Dra. Elina Herrera	Dirección Nacional de Consultoría Legal	Analista	
Aprobado	Dr. Miguel Malo	Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud	Viceministro	
Aprobado	Dr. Francisco Vallejo	Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública	Subsecretario Nacional	
Aprobado	Dr. Osvaldo Salgado	Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud	Subsecretario Nacional	
Aprobado	Abg. Andrés Cadena	Coordinación General Administrativa Financiera	Coordinador General (S)	
Solicitado y Aprobado	Dra. Gabriela Aguinaga	Dirección Nacional de Normatización	Directora Nacional, Encargada	

CONTENIDO

I.	PRESENTACIÓN	143
II.	INTRODUCCIÓN	144
III.	ANTECEDENTES	146
IV.	MARCO LEGAL.....	148
1.	OBJETIVO	149
1.1.	Objetivo General	149
1.2.	Objetivos Específicos	149
2.	ALCANCE	150
3.	DEFINICIONES Y CONCEPTOS BÁSICOS	151
3.1.	Simbología	152
4.	DISPOSICIONES GENERALES	154
4.1.	Principios de gestión	154
5.	DISPOSICIONES ESPECÍFICAS	156
5.1.	Del procedimiento de selección de las y los usuarios beneficiarios de cobertura internacional	156
5.2.	Del procedimiento de derivación, recepción y registro de las y los usuarios beneficiarios de cobertura internacional	156
5.2.1.	De la cobertura internacional de salud de las y los usuarios con enfermedades catastróficas del Ministerio de Salud Pública	156
5.2.2.	De la cobertura internacional de salud de las y los usuarios con enfermedades catastróficas referidos por la Red Pública Integral de Salud afiliados a otro subsistema	157
5.2.3.	De la cobertura internacional de salud de las y los usuarios con enfermedades catastróficas referidos por la RPIS en situación emergente.....	158
5.3.	Del procedimiento en la Unidad de Gestión de Pacientes de Red Zonal	160
5.4.	Del procedimiento en la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación del MSP	160
5.5.	De los prestadores de servicios de salud	162
5.6.	Del Comité Técnico de Gestión de Personas con Enfermedades Catastróficas (CTGPEC)	162
5.7.	De la metodología para el análisis de casos	166
5.8.	De la cobertura y gestión financiera.....	169
5.9.	Del control y seguimiento	172
6.	GLOSARIO	174
7.	BIBLIOGRAFÍA	178
8.	APÉNDICES	180

8.1. BASE LEGAL	180
8.2. UNIDADES HABILITADAS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA PARA CASOS DE ENFERMEDADES CATASTROFICAS QUE REQUIERAN COBERTURA INTERNACIONAL.....	188
8.3. DIAGRAMAS DE FLUJO PARA GESTIÓN DE CASOS INTERNACIONALES.....	189
8.3.1. Diagrama de flujo para la derivación internacional.....	189
8.3.2. Análisis de casos en Comité de Enfermedades Catastrófica	191
9. ANEXOS	192

I. PRESENTACIÓN

El presente documento tiene como finalidad normar el proceso para la derivación y financiamiento de cobertura de atenciones integrales de salud en el exterior para usuarios que presenten enfermedades consideradas como catastróficas y que por razones técnicas y de operatividad no puedan ser de resolución nacional.

El artículo 35 de la Constitución de la República del Ecuador establece que quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado; el artículo 50 de la citada Constitución de la República determina que el Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente. Mandatos que se han venido cumpliendo desde el año 2008 primero a través de la Red de Protección Solidaria (RPS) del Programa de Protección Social (PPS) del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) con apoyo del Ministerio de Salud Pública (MSP), y desde agosto del 2012 con la gestión total del MSP, entidad de la cual ha pasado a depender la RPS como el componente de enfermedades catastróficas de la Red Pública Integral de Salud (RPIS).

El artículo 361 de la Norma Suprema establece que el Estado ejercerá la rectoría del sistema nacional de salud a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, y que esta será la responsable de formular las políticas nacionales, normar, controlar y regular todas las actividades relacionadas con la salud, así como, el funcionamiento de las entidades del sector.

Al asumir esta responsabilidad, el MSP ha considerado necesario organizar los procesos técnicos del componente de enfermedades catastróficas de la RPIS, ajustándolos a la planificación institucional, y a los procesos y regulaciones nacionales de control del sector público, de manera que se asegure la continuidad de los derechos de las y los usuarios y se garantice el adecuado uso de los recursos públicos.

Uno de los procesos más complejos es la gestión de derivación y el financiamiento de la cobertura internacional de la atención integral de salud de las y los usuarios con enfermedades catastróficas ante la imposibilidad de que las instituciones de salud del país, tanto públicas como privadas, puedan dar una respuesta terapéutica oportuna y efectiva.

En cumplimiento al mandato constitucional, la presente norma técnica define y regula el procedimiento para derivar y financiar la cobertura internacional para la atención integral de salud de las y los usuarios con enfermedades catastróficas, incluyendo el costo de los servicios de salud de diagnóstico y tratamiento, los pasajes en transporte público o medicalizado de ser necesario y los gastos complementarios de alimentación y alojamiento según el caso.

Carina Vance Mafla
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

II. INTRODUCCIÓN

La Constitución de la República señala la responsabilidad del Estado de garantizar el efectivo goce del derecho a la salud a ecuatorianos y ecuatorianas y responsabiliza a la Autoridad Sanitaria Nacional de universalizar la cobertura de las prestaciones de salud, establecer mecanismos para efectivizar el acceso a las mismas y las estrategias para garantizar su calidad y sostenibilidad. (1)

Los países de ingresos medios como el Ecuador, están inmersos en procesos de transición demográfica, epidemiológica y económica como consecuencia de factores relacionados con el déficit de medidas de prevención, la presencia cada vez más frecuente de las enfermedades de origen genético y congénito; y el incremento de las enfermedades crónicas como el cáncer.

En el país el Ministerio de Salud Pública ha implementado una serie de proyectos estratégicos para mejorar los indicadores más importantes de la salud pública y consecuentemente, la calidad de vida de las ciudadanas y ciudadanos y por tanto, la posibilidad de enfrentarse a los retos de la vida en mejores condiciones. Adicionalmente a la necesidad de trabajar en las respuestas colectivas en salud, también ha establecido mecanismos para atender necesidades de las y los usuarios con enfermedades catastróficas, manteniendo el enfoque de equidad, o sea, el derecho a acceder a los servicios de salud necesarios, que tiene todo ciudadano cuando afronta una condición sanitaria específica.

El Estado ecuatoriano en respuesta a las necesidades de la población y atendiendo el mandato constitucional creó la “Red de Protección Solidaria” (RPS) como un mecanismo de apoyo emergente en enfermedades catastróficas individuales a personas y hogares ecuatorianos.(2) (3) Las y los usuarios beneficiarios del componente de enfermedades catastróficas de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) son aquellos que padezcan alguna de las enfermedades consideradas como catastróficas y que hayan sido ingresadas dentro del sistema de cobertura de la RPIS. Estas patologías son: todo tipo de malformaciones congénitas de corazón, todo tipo de valvulopatías cardíacas, todo tipo de cáncer, tumor cerebral en cualquier estadio y de cualquier tipo, insuficiencia renal crónica, trasplante de órganos (riñón, hígado y médula ósea), secuelas de quemaduras graves, malformaciones arteriovenosas cerebrales, Síndrome de Klippel Trenaunay y aneurisma tóracoabdominal.(4) El componente de enfermedades catastróficas de la RPIS extiende su cobertura fuera del país a los procedimientos diagnósticos y/o tratamientos de las patologías definidas que no puedan realizarse en el territorio nacional. (5)

El objetivo de este programa de protección social es doble, por un lado busca evitar el empobrecimiento del grupo familiar del usuario con una condición catastrófica causada por el costo y el período prolongado de tiempo en que se debe realizar desembolsos por las prestaciones de salud (tratamientos, medicamentos, insumos, etc.) generados para precautelar la vida del paciente; por otro lado busca brindar una posibilidad técnica de tratamiento acorde a la complejidad y el riesgo vital que afecta al usuario.

En resumen, el Estado se encuentra desarrollando programas de salud para priorizar y asegurar la cobertura en salud de las y los usuarios. Para lo cual considera a la salud como un bien público, que incluyen los servicios para responder a necesidades colectivas y, como bien privado, que responde a necesidades individuales, como en el caso de las personas con enfermedades catastróficas.

III. ANTECEDENTES

Las enfermedades catastróficas son aquellas patologías que amenazan la vida de quien las padece, provocan discapacidad a corto, mediano o largo plazo y cuyos costos de atención afectan sustancialmente la economía personal o familiar. La cobertura de las atenciones que las y los usuarios afectados por enfermedades catastróficas requieren, ha sido un tema de difícil análisis y tratamiento pues debe ser visualizado desde el ámbito de la Salud Pública y desde el de la familia y el individuo. (4)

A partir del Referéndum de enero de 2008 en el que el pueblo ecuatoriano se pronunció aprobando la Constitución de Montecristi, el Estado Ecuatoriano asumió la responsabilidad de establecer los mecanismos y presupuestos para atender el mandato expresado en el artículo 50 de la Constitución y crea el Programa de Enfermedades Catastróficas ejecutado por el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) para la cobertura médica de las y los usuarios con enfermedades definidas como catastróficas, que lo ejecuta a través del componente de enfermedades catastróficas de la Red Pública Integral de Salud como un mecanismo de apoyo emergente en situaciones catastróficas individuales a las personas y los hogares ecuatorianos. (2) (3)

Para tal fin, el MIES, generó la normativa interna para definir las patologías que se considerarían catastróficas, los componentes que serían cubiertos; y, las y los usuarios que se considerarían como beneficiarios. El componente de enfermedades catastróficas asumió el financiamiento del costo de los tratamientos de alta especialidad y de los dispositivos médicos y medicamentos necesarios para atender las patologías establecidas como catastróficas, así como los gastos complementarios (transporte, alimentación y alojamiento) en el extranjero cuando el caso lo justifique. (4) (5)

Mediante Registro Oficial No. 625 publicado el 24 de enero del 2012, se promulgó la Ley Orgánica Reformatoria a la Ley Orgánica de Salud, Ley 67, titulado “PARA INCLUIR EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES RARAS O HUÉRFANAS Y CATASTRÓFICAS”; que dispone al MSP asumir la responsabilidad de tomar a cargo el manejo de todos los programas relacionados al tema, por lo que con Acuerdo Interministerial 0001 del 9 de julio del 2012, se concreta el traspaso de la Red de Protección Social (RPS) a la competencia del MSP; el artículo 1 del mencionado acuerdo señala: “Para dar cumplimiento a lo establecido en la reforma de la Ley Orgánica de Salud, referente a las enfermedades catastróficas, a partir del 01 de agosto de 2012, el Ministerio de Salud Pública será responsable de continuar con la ejecución “de la Red de Protección Solidaria para Apoyo Emergente en Situaciones Catastróficas Individuales a Personas y Hogares Ecuatorianos”. .. (6)

El Acuerdo Ministerial No 00001829 con fecha 06 de septiembre de 2012, en el cual se dispone: “Emitir los criterios de inclusión de enfermedades consideradas catastróficas, raras y huérfanas para beneficiarios del bono Joaquín Gallegos Lara”. Artículo 3: Publíquese el listado de entidades-enfermedades catastróficas raras y huérfanas que

actualmente se están atendiendo o están en proceso de atenderse de manera progresiva”. (7)

Las enfermedades catastróficas con cobertura internacional para la atención integral de salud, una vez que haya sido agotada la capacidad resolutive de la RPIS y la RPC a nivel nacional, son:

- Todo tipo de malformaciones congénitas de corazón, todo tipo de valvulopatías cardíacas.
- Todo tipo de cáncer.
- Tumor cerebral en cualquier estadio y de cualquier tipo.
- Insuficiencia renal crónica.
- Trasplante de órganos: riñón, hígado, médula ósea.
- Secuelas de quemaduras GRAVES.
- Malformaciones arteriovenosas cerebrales.
- Síndrome de Klippel Trenaunay.
- Aneurisma tóracoabdominal. (4)

En este orden, el Ministerio de Salud Pública (MSP) considera necesario organizar el proceso conforme la normativa institucional y nacional de manera que se garantice la continuidad de la atención a las y los usuarios con enfermedades catastróficas, así como la legalidad del proceso.

IV. MARCO LEGAL

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

Artículos: 3 (numeral 1), 9, 10, 11 (numerales 3-4-5-8-9-23), 32, 35, 50, 53, 54, 85 (disposiciones 1-2-3, 298, 358, 359, 360, 361, 362, 363 (numerales 2 y 3), 365, 366, 368, 370.

LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Artículos: 2, 3 (numerales 1- 2 y 3), 4, 11 (literales e-g-i), 12.

REGLAMENTO A LA LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Artículos: 13, 15, 18.

LEY ORGÁNICA DE SALUD

Artículos: 2, 4, 9 literal e.

LEY ORGÁNICA REFORMATORIA A LA LEY ORGÁNICA DE SALUD, LEY 67, PARA INCLUIR EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES RARAS O HUÉRFANAS Y CATASTRÓFICAS.

Artículos: 1 (numeral 5-A), 2, 4.

LEY DE DERECHOS Y AMPARO AL PACIENTE:

Artículo 7

TARIFARIO DE PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Instructivo 001-2012 para la viabilidad de la atención en salud en unidades de la Red Pública Integral de Salud y en la Red Privada (Complementaria) de prestadores servicios de salud.

Acuerdo Interministerial 0001 del 9 de julio del 2012, artículo 1.

Acuerdo Ministerial No 00001805 del 5 de septiembre del 2012

Acuerdo Ministerial No 00001829 de fecha 06 de septiembre de 2012, artículo 3.

Acuerdo Ministerial No 00002710 con fecha 28 de diciembre de 2012

Convenio de Cooperación entre el Ministerio de Salud Pública, el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y el Consejo Nacional de Salud.

Convenio Marco Interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública, Ministerio del Interior, Ministerio de Defensa, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional para integrar la Red Pública Integral de Salud.

1. OBJETIVO

1.1. Objetivo General

Establecer los procedimientos a seguir para derivar a un usuario con una condición catalogada como catastrófica según la normativa vigente, para recibir un tratamiento médico especializado en el exterior, una vez se hayan agotado las posibilidades dentro del territorio nacional; y para financiar los gastos generados en la atención de salud en el exterior, así como los gastos complementarios absolutamente necesarios (transporte, alojamiento, alimentación) del usuario (receptor y donante en caso de trasplantes) y un acompañante.

1.2. Objetivos Específicos

1. Normar el procedimiento que garantice la continuidad e integralidad de la atención de salud en el exterior de las y los usuarios con enfermedades catastróficas.
2. Garantizar la calidad y racionalidad del gasto de fondos públicos.
3. Evitar la subjetividad y discrecionalidad en la calificación y selección de los prestadores de servicios de salud en el exterior.
4. Evitar la discrecionalidad en la selección de las y los usuarios beneficiarios y los tratamientos médicos.
5. Evaluar y monitorear de manera permanente la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS), su comportamiento a través del tiempo y posicionamiento, para actualizar los mecanismos de selección y la calidad en la prestación de los servicios.

2. ALCANCE

La presente norma se encuentra dirigida a viabilizar las atenciones a las y los usuarios con enfermedades catastróficas y que necesiten un procedimiento médico de alta complejidad; y que, por el alto nivel técnico y tecnológico requerido no pueda ser resuelto a nivel nacional.

Se aplicará a las y los usuarios considerados habilitados para recibir cobertura internacional, cuyo caso sea presentado desde los diferentes subsistemas de la Red Integrada de Servicios de Salud según proceso descrito en la presente norma. Para los casos que no estén considerados dentro de las enfermedades catastróficas emitidas por la Autoridad Sanitaria Nacional, se realizará en base a un informe detallado del caso, donde se justifique el pronóstico vital, funcional y el análisis del costo beneficio del procedimiento, este informe deberá ser evaluado técnicamente en el Comité Técnico de Gestión de Personas con Enfermedades Catastróficas (CTGPEC).

Será de cumplimiento y aplicación obligatoria para los financiadores / aseguradores públicos de servicios de salud, así como a los prestadores públicos y privados en los diferentes niveles de atención y complejidad.

3. DEFINICIONES Y CONCEPTOS BÁSICOS

ASEGURADOR/FINANCIADOR: Entidad pública o privada que administra los fondos destinados a solventar el costo de las prestaciones de salud. (8)

ENFERMEDAD CATASTRÓFICA: Es aquella que cumple con las siguientes características:

- a) Que implique un alto riesgo para la vida de la persona;
- b) Que sea una enfermedad crónica y por lo tanto que su atención no sea emergente; y,
- c) Que su tratamiento pueda ser programado o que el valor promedio de su tratamiento mensual sea mayor al determinado en el Acuerdo Ministerial de la Autoridad Sanitaria Nacional". (4)

Son aquellas patologías de curso crónico que suponen un alto riesgo para la vida de la persona, cuyo tratamiento es de alto costo económico e impacto social y que por ser de carácter prolongado o permanente pueda ser susceptible de programación. Generalmente cuentan con escasa o nula cobertura por parte de las aseguradoras. (7)

ENFERMEDADES RARAS Y HUÉRFANAS: Las enfermedades raras o huérfanas, incluidas las de origen genético, son aquellas enfermedades potencialmente mortales, o debilitantes a largo plazo, de baja prevalencia y de alta complejidad. (7)

GASTOS COMPLEMENTARIOS: Aquellos gastos necesarios para atender las necesidades básicas (de ser necesario) como transportación aérea, terrestre, marítima o fluvial; alojamiento y alimentación del paciente y un acompañante.

GASTOS DE BOLSILLO/PAGO DIRECTO: El gasto de bolsillo comprende el pago que realizan de manera directa los hogares al prestador de los servicios en el momento de demandar o hacer uso de estos. (9)

INSTRUCTIVO PARA LA VIABILIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN UNIDADES DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD (RPIS) Y EN LA RED PRIVADA COMPLEMENTARIA (RPC) DE PRESTADORES SERVICIOS DE SALUD: Es el documento técnico que tiene por finalidad establecer, unificar y normar los procedimientos administrativos, a fin de cumplir lo expresamente dispuesto en las leyes vigentes sobre el tema, y facilitar el acceso de las y los usuarios a los servicios de salud que requieran por atención emergente, derivación, o referencia y contrareferencia entre unidades calificadas/acreditadas de la Red Pública Integrada de Salud (RPIS) y la Red Pública Complementaria (RPC). (10)

MECANISMO DE PAGO: Forma en la que se organiza la compensación económica, normalmente monetaria, que recibe un proveedor sanitario por la prestación de los servicios de salud. En el caso de la relación entre el MSP y los prestadores de servicios de salud (públicos y privados) el mecanismo de pago es por prestación brindada, aplicando los procedimientos administrativos y de control dispuestos en el Instructivo para la Viabilidad de la Atención de los Pacientes en las Unidades de Salud

de la RPIS y de la RPC, que incluyen la auditoría de la calidad de la facturación de las cuentas médicas. (11)

SERVICIOS DE SALUD: Son aquellos que están destinados a brindar prestaciones de salud, de promoción, de prevención, de recuperación y rehabilitación en forma ambulatoria, domiciliaria o internamiento, son clasificados de acuerdo a la capacidad resolutive, niveles de atención y complejidad. (12)

TARIFARIO DE PRESTACIONES PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: El tarifario es la herramienta que regula el reconocimiento económico de la prestación de servicios de salud, tanto institucional como profesional, proporcionados por instituciones públicas y privadas en el marco de la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS). Es de aplicación obligatoria en todas las unidades prestadoras de la RISS, debidamente licenciadas/acreditadas para formar parte de la red de prestadores, en los diferentes niveles de atención y complejidad. Por lo tanto se constituye en el instrumento para compra y venta de servicios a nivel de instituciones públicas; y entre éstas y las privadas. (13)

TRATAMIENTO: Aquellas actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a modificar, aminorar o hacer desaparecer los efectos inmediatos o mediatos de la enfermedad que alteran el normal funcionamiento laboral, familiar, individual y social del individuo. (12)

3.1. Simbología

ASN: Autoridad Sanitaria Nacional

CTGPEC: Comité Técnico de Gestión de Pacientes con Enfermedades Catastróficas

DNAMSNSRP: Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y Red Pública

IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

ISSFA: Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas

ISSPOL: Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional

MIES: Ministerio de Inclusión Económica y Social

MSP: Ministerio de Salud Pública

PPS: Programa de Protección Social

RPC: Red Privada Complementaria

RPS: Componente de enfermedades catastróficas de la Red Pública Integral de Salud

RISS: Red Integrada de Servicios de Salud

RPIS: Red Pública Integral de Salud

RUC: Registro Único de Contribuyentes

RUP: Registro Único de Proveedores

SRI: Servicio de Rentas Internas

UGPRZ: Unidad de Gestión de Pacientes de Red Zonal

UGPR: Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación

4. DISPOSICIONES GENERALES

La presente norma reúne y especifica los documentos y procedimientos, que se aplicarán para calificar, analizar y aprobar la derivación de las y los usuarios con enfermedades catastróficas u otras que se encuentre justificada técnicamente, para recibir tratamientos especializados de alta complejidad fuera del territorio nacional y su financiamiento, así como de los gastos complementarios necesarios, en busca de asegurar el acceso oportuno a las prestaciones de salud. Se aplicarán de manera obligatoria tanto para los prestadores de la Red Pública Integral de Salud (RPIS), como para la Red Privada Complementaria (RPC) que se relacionen con el Ministerio de Salud Pública (MSP).

4.1. Principios de gestión

Universalidad: se aplicará a todos los prestadores de servicios de salud de la RPIS y RPC que deberán demostrar suficiencia en su capacidad resolutive, nivel científico y proceso administrativo financiero.

Progresividad: en la aplicación del proceso, para lo que se generará un cronograma de calificación de prestadores, iniciando por aquellos que por su especialización, capacidad física y resolutive, reciban el mayor número de pacientes derivados o transferidos desde las unidades del MSP en el país.

Flexibilidad: para realizar mejoras, de acuerdo con la necesidad del usuario, avances de la ciencia, los cambios de las normas administrativas, de manera que exista una correcta relación entre los actores del proceso y se respalde la gestión de los funcionarios.

Unidad: será aplicado por los niveles desconcentrados, según disponga la Autoridad Sanitaria Nacional, de acuerdo con sus competencias y funciones y no puede ser modificado en su esencia, objetivos y alcance. Sin embargo, los niveles desconcentrados pueden solicitar a la Autoridad Sanitaria Nacional, la inclusión de estándares específicos en función de las características propias de su zona de influencia, con el objeto de facilitar el proceso y aplicabilidad de esta norma.

Capacitación: los funcionarios designados para ejecutar el proceso serán debidamente instruidos para la tarea y recibirán capacitación continua para garantizar su competencia técnica.

Imparcialidad y concurrencia: no podrán participar en el proceso funcionarios que tengan conflicto de intereses con los prestadores o con los propietarios/autoridades de los mismos. Para garantizar estas enfermedades, los funcionarios firmarán una declaración de no incurrir en conflicto de intereses.

Confidencialidad: los resultados del proceso de evaluación solamente pueden ser comunicados al prestador evaluado y a la Autoridad Sanitaria Nacional. En ningún caso pueden ser publicitados o ponerse a conocimiento público.

Oportunidad: el Ministerio de Salud Pública (MSP), a través de esta Norma Técnica dirigida a las y los usuarios con enfermedades catastróficas, y su entorno familiar, y por medio de la gestión de las autorizaciones de atención en el exterior, se enfoca en brindar tratamientos especializados de alta complejidad fuera del territorio nacional y su financiamiento, así como los gastos complementarios necesarios.

5. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

5.1. Del procedimiento de selección de las y los usuarios beneficiarios de cobertura internacional

Las y los usuarios beneficiarios de cobertura internacional de salud, serán todas y todos los ecuatorianos y extranjeros legalmente residentes en el territorio nacional con diagnóstico confirmado de alguna de las enfermedades definidas como catastróficas, y que su requerimiento médico de alta complejidad no pueda resolverse a nivel nacional tanto en la Red Pública Integrada de Salud (RPIS) como en la Red Privada Complementaria (RPC). Se excluye de la cobertura internacional TODO tratamiento que no tenga evidencia científica de efectividad terapéutica o se encuentre en fase experimental.

Las enfermedades consideradas catastróficas a la fecha son:

- Todo tipo de malformaciones congénitas de corazón, todo tipo de valvulopatías cardíacas.
- Todo tipo de cáncer.
- Tumor cerebral en cualquier estadio y de cualquier tipo.
- Insuficiencia renal crónica.
- Trasplante de órganos: riñón, hígado, médula ósea.
- Secuelas de quemaduras GRAVES.
- Malformaciones arteriovenosas cerebrales.
- Síndrome de Klippel Trenaunay.
- Aneurisma tóracoabdominal.

Las patologías consideradas como enfermedades catastróficas y que sean tributarias de tratamiento en el exterior deberán ser las estipuladas según la normativa vigente en el momento de su análisis.

Las patologías no consideradas como catastróficas y de las cuales se solicite cobertura internacional, deberá seguir el mismo proceso establecido para los pacientes con enfermedades catastróficas, a excepción que estos deberán tener siempre el informe de la unidad requirente donde conste el procedimiento a realizarse, el pronóstico vital y funcional esperado, además de la evaluación de costo beneficio de realizar la intervención en comparación con el tratamiento estándar, todo esto justificado con evidencia científica.

5.2. Del procedimiento de derivación, recepción y registro de las y los usuarios beneficiarios de cobertura internacional

5.2.1. De la cobertura internacional de salud de las y los usuarios con enfermedades catastróficas del Ministerio de Salud Pública

El procedimiento para casos de usuarios que no sean afiliados a los otros subsistemas integrantes de la RPIS será el siguiente:

- a) Atención al usuario en las unidades habilitadas del MSP para casos de enfermedades catastróficas que requieran cobertura internacional (Apéndice 2).
- b) Con el diagnóstico de condición catastrófica, el establecimiento de salud, enviará un memorando para análisis de caso de cobertura internacional para la atención integral de salud, acompañado de la documentación habilitante digitalizada (ver 5.3), dirigido a la Unidad de Gestión de Pacientes de Red Zonal.
- c) La Unidad de Gestión de Pacientes de Red Zonal determinará si existe capacidad resolutive tanto en la RPIS como en la RPC de su zona de influencia; en el caso de no existir, se enviará el expediente del caso a la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces.

5.2.2. De la cobertura internacional de salud de las y los usuarios con enfermedades catastróficas referidos por la Red Pública Integral de Salud afiliados a otro subsistema

Para los casos de personas que sean afiliados a los otros subsistemas integrantes de la RPIS, el procedimiento será el siguiente:

- a) Atención de las y los usuarios; y registro de los mismos como condición catastrófica según los lineamientos y procedimientos internos de cada miembro de la RPIS.
- b) Según sus procedimientos internos, se emitirá un informe del análisis del caso de condición catastrófica en el cual se justifique su envío a la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación del Ministerio de Salud Pública (MSP), o quien haga sus veces.
- c) La autoridad de salud del respectivo subsistema oficializará mediante oficio (Anexo 1) el requerimiento, en el cual se incluya el informe de análisis del caso y la certificación de no contar con la capacidad resolutive en su red interna y complementaria, incluyendo los documentos habilitantes, dirigido a la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación del MSP, o quien haga sus veces.

Una vez que el Comité Técnico de Gestión de Pacientes con Enfermedades Catastróficas del MSP (refiérase al punto 5.6.), analice y de dictamen favorable de cobertura internacional para la atención integral de salud, la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces, oficiará la designación del prestador para conocimiento del subsistema correspondiente de la RPIS con una copia de la proforma. El subsistema deberá emitir

un oficio de aceptación del mismo incluyendo el compromiso de pago al MSP por la totalidad de los gastos médicos incurridos por la atención médica en el exterior.

El Ministerio de Salud Pública a través de la Coordinación Administrativo Financiera, proporcionará los boletos aéreos para el usuario (receptor y donante en caso de trasplantes), y un solo acompañante (representante legal de ser el caso), así como los viáticos y subsistencias para gastos complementarios de la prestación de salud en el exterior a las y los usuarios beneficiarios.

5.2.3. De la cobertura internacional de salud de las y los usuarios con enfermedades catastróficas referidas por la RPIS en situación emergente

En el caso de usuarios con enfermedades catastróficas que requieran una resolución emergente por el riesgo vital que ésta represente, la Unidad de Gestión de Pacientes de Red Zonal o el subsistema a cargo, según corresponda, deberá remitir inmediatamente el caso a la Unidad de Gestión de Paciente de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces, la siguiente información:

- a) Informe Médico del caso en formato digitalizado (no manuscrito) en el cual se explicita la necesidad de salud (procedimiento o manejo terapéutico), el análisis de factibilidad de atención, pronóstico vital y funcional del usuario.
- b) Copia a color de la cédula de identidad o partida de nacimiento del usuario (legibles).
- c) Copia a color de la cédula de identidad de los padres o del representante legal para menores de edad si es el caso (legibles).
- d) Certificación del médico especialista especificando el procedimiento médico de alta complejidad que requiere el usuario. (Anexo 2).
- e) Certificación que el procedimiento médico de alta complejidad NO se realiza en el establecimiento de salud solicitante donde se lo atendió, por parte de la Dirección Médica o Gerente de la institución, en el cual conste el justificativo técnico para la realización del procedimiento así como pronóstico funcional y vital posterior de la persona con condición catastrófica. (Anexo 3).
- f) Exámenes confirmatorios diagnósticos (copias de los estudios en CD o en físico)
- g) Memorando solicitando el análisis de caso para cobertura internacional de la Unidad de Gestión de Pacientes de Red Zonal, o el oficio del subsistema correspondiente.
- h) Para el caso de trasplante hematopoyético deberá anexarse el Formulario INDOT-RTH-01, de Registro para Pacientes Candidatos a Trasplante Hematopoyético.

Todos los casos receptados por la Unidad de Gestión de pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces, deberán tener un código único de asignación, el cual servirá para registrar las gestiones realizadas en la RPIS y RPC.

La Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces, en un lapso máximo de 24 horas deberá:

1. Según la cartera de servicios, contactar con los prestadores tanto de la RPIS y RPC, para verificar la capacidad resolutive a nivel nacional o no del caso emergente, y realizará un informe técnico dirigido al Presidente del Comité de Gestión de Pacientes con Enfermedades Catastróficas (CTGPEC).
2. Reunir la documentación habilitante para toma de decisiones en casos emergentes, la misma que será:
 - a) Informe Médico del caso en formato digitalizado (no manuscrito) en el cual se explicita la necesidad de salud (procedimiento o manejo terapéutico), el análisis de factibilidad de atención, pronóstico vital y funcional del usuario.
 - b) Certificación del médico especialista especificando el procedimiento médico de alta complejidad que requiere el usuario. (Anexo 2).
 - c) Certificación que el procedimiento médico de alta complejidad NO se realiza en el establecimiento de salud solicitante donde se lo atendió, por parte de la Dirección Médica o Gerente de la institución, en el cual conste el justificativo técnico para la realización del procedimiento así como pronóstico funcional y vital posterior de la persona con condición catastrófica. (Anexo 3).
 - d) Exámenes confirmatorios diagnósticos (copias de los estudios en CD o en físico)
 - e) Informe técnico de la capacidad resolutive o no del caso a nivel nacional tanto en la RPIS y RPC.
 - f) Memorando solicitando el análisis de caso para cobertura internacional de la Unidad de Gestión de Pacientes de Red Zonal, o el oficio del subsistema correspondiente.
3. Presentar al Presidente del CTGPEC, o quien haga sus veces, la documentación habilitante para que éste tome la decisión de cobertura o no internacional del caso, quién podrá según las funciones a él designadas analizar y autorizar la resolución de cobertura internacional para la atención integral de salud en situación emergente.
4. Con toda la documentación habilitante más la aprobación del Presidente del CTGPEC coordinar las acciones necesarias con la Dirección Nacional de Cooperación y Relaciones Internacionales y con la Coordinación General Administrativo Financiera del MSP, para agilizar el trámite pertinente de la cobertura internacional para la atención integral de salud.

La documentación necesaria para completar el expediente, deberá ser remitida por la Unidad de Gestión de Pacientes de Red Zonal o el subsistema según corresponda, a la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces, a medida que se vaya obteniendo en un período no mayor a quince días calendario, sin que la falta de los mismos en este lapso sea limitante para continuar el trámite administrativo, siempre priorizando la conservación de la vida y sin perjuicio del tratamiento del paciente, para su posterior análisis por el CTGPEC.

5.3. Del procedimiento en la Unidad de Gestión de Pacientes de Red Zonal

Todo requerimiento de cobertura internacional para la atención integral de salud de usuarios del MSP, deberá estar dirigido a la Unidad de Gestión de Pacientes de Red Zonal, la misma que se estará a cargo de:

- a) Recepción de documentación habilitante completa. (ver más adelante).
- b) Verificación de derechos de afiliación y cobertura en los otros subsistemas de la RPIS. En caso de afiliación a alguno de ellos, remitir al subsistema correspondiente de la RPIS.
- c) Análisis de solicitud y gestión del caso en su zona de influencia.
- d) En el caso que no exista capacidad resolutive se enviará el expediente completo más la verificación del derecho de cobertura a la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación del MSP, o quien haga sus veces.

5.4. Del procedimiento en la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación del MSP

- a) Recepción de documentación habilitante completa enviada por la Unidad de Gestión de Pacientes de Red Zonal. (ver más adelante).
- b) Análisis y coordinación de acciones de campo con las distintas instituciones públicas y privadas a nivel nacional e internacional, que cuenten con capacidad resolutive para la atención de enfermedades catastróficas.
- c) Envío del caso al Comité Técnico de Gestión de Personas con Enfermedades Catastróficas (CTGPEC) para análisis de cobertura internacional con toda la documentación habilitante.
- d) Notificación del resultado del análisis y resolución del CTGPEC al subsistema correspondiente de ser el caso; o al usuario (receptor y donante en caso de trasplante), o su representante legal.

Para el análisis y procesamiento de cobertura internacional para la atención médica a realizarse fuera del país, de las y los usuarios con enfermedades catastróficas, se deberá contar con la siguiente documentación habilitante:

- a) Informe médico del caso en formato digitalizado (no manuscrito) en el cual se explicita la necesidad de salud (procedimiento o manejo terapéutico), el análisis de factibilidad de atención, pronóstico vital y funcional del usuario.
- b) Copia a color de la cédula de identidad o partida de nacimiento del usuario (legibles).
- c) Copia a color de la cédula de identidad de los padres o del representante legal para menores de edad si es el caso (legibles).
- d) Certificación del médico especialista especificando el procedimiento médico de alta complejidad que requiere el usuario. (Anexo 2).

- e) Certificación que el procedimiento médico de alta complejidad NO se realiza en el establecimiento de salud solicitante donde se lo atendió, por parte de la Dirección Médica o, en el cual conste el justificativo técnico para la realización del procedimiento así como pronóstico funcional y vital posterior de la persona con condición catastrófica. (Anexo 3).
- f) Exámenes confirmatorios diagnósticos, (copias de los estudios en CD y en físico) con un período de validez de 30 días a partir de su fecha de realización, para su análisis por el Comité Técnico de Gestión de Personas con Enfermedades Catastróficas (CTGPEC).

Todos los expedientes recibidos por la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quién haga sus veces, deberán tener un código único de asignación, el cual servirá para registrar las gestiones realizadas en la RPIS y RPC. Estos registros darán como resultado una base de datos de gestión de casos a nivel nacional que requiere resolución en el exterior, la misma que será diseñada y actualizada conforme a sus necesidades.

El diseño de la base de datos, deberá facilitar la elaboración de reportes de casuística, la funcionalidad operativa, los indicadores de gestión, los flujos de casos, los tiempos para la resolución de los casos recibidos, el seguimiento y monitoreo de los servicios prestados.

Las competencias de la Unidad de Gestión de pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces, para la gestión de estos casos será la siguiente:

- a) Recepción de documentación habilitante completa enviada por la Unidad de Gestión de Pacientes de Red Zonal o el subsistema correspondiente.
- b) Análisis y coordinación de acciones de campo con las distintas instituciones públicas y privadas nacionales y del exterior, que cuenten con capacidad resolutoria para la atención de enfermedades catastróficas.
- c) Para el caso de trasplantes la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación del MSP o quien haga sus veces, será responsable de solicitar una certificación al Instituto Nacional de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células (INDOT), en cuya respuesta se deberá especificar si el trasplante solicitado se realiza o no en el país, y de ser el caso, las unidades en el extranjero acreditadas para realizar el procedimiento requerido. Certificación que se anexará al expediente a ser analizado por el Comité Técnico de Gestión de Personas con Enfermedades Catastróficas.
- d) Envío del caso al Comité Técnico de Gestión de Personas con Enfermedades Catastróficas para tratamiento en el exterior con toda la documentación habilitante.
- e) Notificación del resultado del análisis y resolución del CTGPEC al subsistema correspondiente de ser el caso; o al usuario (receptor y donante en caso de trasplante), o su representante legal.

Los procesos de análisis a cargo del CTGPEC deberán ser los mismos para todas las y los usuarios beneficiarios de cobertura internacional para la atención integral de salud que padezcan enfermedades catastróficas.

5.5. De los prestadores de servicios de salud

Serán prestadores de salud en el exterior, para casos de usuarios con condición catastrófica que requieren un manejo médico de alta complejidad, los establecimientos de salud públicos o privados, en el exterior, con los cuales el Ministerio de Salud Pública (MSP) tenga convenios y/o acuerdos interinstitucionales o que cumplan con los lineamientos dados por la Dirección Nacional de Cooperación y Relaciones Internacionales del MSP, Instituto Nacional de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células (INDOT) u otros organismos relacionados o que cumplan criterios técnicos de calidad internacional.

Para los casos de trasplante de órganos que no se realicen en el país, la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación coordinará las acciones pertinentes con el INDOT.

5.6. Del Comité Técnico de Gestión de Personas con Enfermedades Catastróficas (CTGPEC)

El Comité Técnico de Gestión de Personas con Enfermedades Catastróficas (CTGPEC) de la Subsecretaría de Gobernanza de la Salud Pública analizará y resolverá que casos clínicos presentados y verificados deben ser tratados dentro o fuera del país, protegiendo la seguridad integral y derechos humanos de las y los usuarios que padecen enfermedades catastróficas, además asegurando la oportunidad de acceso a las prestaciones de salud.

El CTGPEC podrá solicitar documentación adicional que considere necesario para un análisis más detallado.

El CTGPEC estará conformado por:

- a) El Subsecretario/a Nacional de la Gobernanza de la Salud Pública, o quién haga sus veces, o su delegado, quien lo presidirá.
- b) El Director/a Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública, o quién haga sus veces o su delegado, quién actuará como Secretario/a Técnico permanente.
- c) Un representante de la Dirección Nacional de Cooperación y Relaciones Internacionales del Ministerio de Salud Pública.
- d) Un representante de la Dirección Nacional de Consultoría Legal del Ministerio de Salud Pública, cuando el caso lo amerite.
- e) Un representante oficial del Instituto Nacional de Donaciones de Órganos y Tejidos (INDOT) en casos relacionados a trasplantes.

- f) Mínimo dos profesionales médicos especialistas, pertenecientes a establecimientos de tercer nivel delegados oficialmente por la Dirección Nacional de Hospitales del MSP o de la RPIS, de acuerdo a la necesidad del caso a ser analizado.
- g) Un delegado oficial del Comité Nacional de Bioética en caso de conflicto bioético entre las partes.
- h) Un secretario/a asistencial asignado por la Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública.
- i) Un delegado del Viceministerio de Atención Integral de Salud.

El CTGPEC tendrá como objetivos los siguientes.

- a) Revisar la documentación de los casos solicitados para manejo médico de alta complejidad en el exterior con la finalidad de analizarlos y de ser el caso dar su aprobación para cobertura internacional.
- b) Elaborar un informe técnico completo y sustentado, sobre los casos de personas con Enfermedades catastróficas que necesitan resolución inmediata.
- c) Establecer los mecanismos más idóneos para el seguimiento y monitoreo de las acciones de intervención tomadas por el Comité.

Son funciones del CTGPEC las siguientes:

- a) Análisis para la resolución de los casos solicitados para manejo médico de alta complejidad en el exterior, mediante la revisión de la documentación habilitante.
- b) Sugerir estrategias de coordinación con la RPIS y la RPC, así como instituciones u organismos en el exterior, involucradas en la resolución de los casos de acuerdo a su capacidad resolutoria.
- c) Una vez que el expediente ingrese al proceso de análisis y resolución de los casos, el Comité, en un plazo máximo de 48 horas, emitirá en informe oficial si el manejo médico de alta complejidad se realizará o no fuera del país.
- d) En el caso que se cuente con información insuficiente, el Comité podrá solicitar la ampliación de la información por una ocasión, ante lo cual deberá existir una adecuada sustentación para dicho requerimiento. Para esto, la unidad requirente tendrá un plazo máximo de 72 horas para completar la información, canalizándola por medio de la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces, cumplido este plazo el CTGPEC deberá reunirse de manera extraordinaria para emitir la resolución pertinente.
- e) El CTGPEC podrá invitar, previo acuerdo, a expertos de la RPIS o RPC que puedan colaborar en las funciones del mismo, quienes gozarán de voz pero no de voto.
- f) Todos los miembros del Comité contarán con voz y voto, a excepción del secretario/a, delegado de consultoría jurídica y de los invitados, de no haber consenso por parte de los miembros, se procederá con la correspondiente votación de cada uno de los integrantes, en caso de empate, el voto del Presidente o su delegado será el dirimente.

- g) Las resoluciones tomadas en el Comité serán dadas por escrito, fundamentadas técnica, legal y éticamente, en estas deberán incorporarse el informe técnico pertinente, y se deberá remitir al Subsecretario/a Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, o quien haga sus veces, para su notificación oficial a la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces con la finalidad de proceder con las demás gestiones administrativas.
- h) El CTGPEC emitirá un informe semestral de labores dirigido a la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, con copia a la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces.

Son funciones de los miembros del CTGPEC las siguientes:

Del Presidente:

- a) Convocar a las reuniones ordinarias y extraordinarias del Comité
- b) Tendrá voto dirimente para la toma de decisiones.
- c) Presidir las reuniones ordinarias y extraordinarias del Comité, de manera presencial o por delegación.
- d) Proponer el orden del día de la reunión para su aprobación.
- e) Ejecutar y dar cumplimiento a las decisiones tomadas por el Comité.
- f) Presentar semestralmente un informe de labores del CTGPEC a la máxima autoridad.
- g) Analizar y autorizar la resolución de cobertura internacional para la atención integral de salud en situación emergente, sin necesidad de convocar al Comité cuando la condición catastrófica requiera resolución emergente y represente un riesgo vital inmediato para el usuario.

Del Secretario/a Técnico:

La secretaría técnica del Comité estará a cargo de la Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y Red Pública, y sus funciones serán:

- a) Preparar y presentar al presidente del Comité el orden del día de las reuniones.
- b) Preparar los oficios de los casos analizados para la firma del Señor/a Subsecretario Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, o quien haga sus veces.
- c) Vocero del CTGPEC para información a los pacientes requirentes

Del Secretario/a Asistencial:

La designación de la secretaría asistencial del Comité estará a cargo de la Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y Red Pública:

- a) Registrar las firmas de los integrantes a las reuniones convocadas mediante actas codificadas. Registrar además las participaciones y compromisos establecidos, indicando la fecha, hora y lugar de la reunión a través de correo electrónico registrado.
- b) Redactar y llevar el archivo de las actas de las reuniones.
- c) Mantener una base de datos sistematizada y actualizada de los casos discutidos en el Comité.

De los Miembros:

- a) Concurrir de manera obligatoria a las sesiones ordinarias y extraordinarias o nombrar un delegado oficial de no poder hacerlo.
- b) Cumplir con las disposiciones provistas por el Comité; si es el caso, recabar y presentar los informes solicitados por el mismo.
- c) Para el representante oficial del INDOT, deberá asistir de manera obligatoria cuando sea convocado para tratar casos de trasplantes.
- d) El representante de la Dirección Nacional de Cooperación y Relaciones Internacionales, deberá presentar un oficio con la respuesta de los prestadores de servicios de salud dirigido a la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación o quien haga sus veces, en un plazo de 48 horas desde la recepción de los mismos, en el cual consten la siguiente información:
 - Nombre de la institución y país de ubicación.
 - Capacidad de resolución del caso.
 - Plan terapéutico a seguir.
 - Cronograma de tratamiento.
 - Pronóstico vital y funcional esperado.
 - Cobertura de servicios. Deberá especificar si ofrece cobertura integral total (alojamiento, alimentación y transporte) o cobertura exclusiva de salud del usuario (donante y receptor en caso de trasplante) y su acompañante.

Las **consideraciones adicionales** del CTGPEC serán las siguientes:

- a) El Comité se reunirá ordinariamente cada semana y de manera extraordinaria cuando el presidente lo estime conveniente.
- b) Los miembros del Comité garantizarán el carácter de confidencial de toda la información a la que tengan acceso, considerando como falta ética muy grave su violación.
- c) Las reuniones ordinarias se auto convocarán por consenso semanalmente y se incluirá el orden del día conjuntamente con la documentación habilitante. La reunión se instalará con la mitad más uno de los miembros.
- d) Es necesaria la presencia de al menos 5 miembros del Comité con capacidad de voto, dentro de las cuales obligatoriamente deberán estar: el presidente del Comité o su delegado, el secretario del Comité o su delegado y un profesional médico especialista designado.

5.7. De la metodología para el análisis de casos

1. El caso calificado como condición catastrófica, deberá ser remitido a la Unidad de Gestión de Pacientes de Red Zonal para su análisis y verificación de capacidad en la RPIS y RPC nivel zonal, quién llevará un registro de su gestión. En caso de no haber capacidad resolutive, el expediente será enviado a la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces. Si se trata de un usuario con condición catastrófica afiliado a uno de los subsistemas de la RPIS, el expediente deberá ser enviado directamente a la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación o quien haga sus veces.
2. La Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces, evaluará la capacidad tanto de la RPIS y RPC a nivel nacional, quién llevará un registro de su gestión; en caso de no haber capacidad resolutive, realizará un informe que será enviado como insumo para el análisis del caso por el CTGPEC.
3. El CTGPEC, luego de analizar el caso podrá aprobar o no la solicitud de cobertura internacional para la atención integral de salud, o solicitar se complemente la información médica, para analizar y tomar la decisión, la misma que deberá ser presentada en un período de 72 horas para un nuevo análisis.
4. El secretario del CTGPEC realizará el oficio con la resolución del análisis de la cobertura internacional para la atención integral de salud que deberá ser firmado por el Subsecretario/a Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, y enviado a la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quién haga sus veces en un período de 24 horas desde su firma.
5. La Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces, una vez oficializada la resolución del CTGPEC notificará al subsistema de ser el caso, o al usuario o su representante legal dentro de las siguientes 24 horas sobre la resolución de cobertura internacional.
6. Así mismo, con la resolución de aprobación de cobertura internacional para la atención integral de salud, la Dirección Nacional de Cooperación y Relaciones Internacionales en un período de 48 horas deberá contactar a los prestadores de servicios de salud en el exterior, basándose en cartera de servicios y convenios y/o acuerdos interinstitucionales, en caso de no existir, se buscará a las instituciones que otorguen el mejor tratamiento en calidad y precio. Los prestadores de salud en el exterior deberán emitir una respuesta durante los siguientes diez días, mediante un oficio que incluya:

- a) Capacidad de resolución del caso.
 - b) Plan terapéutico a seguir.
 - c) Cronograma de tratamiento.
 - d) Pronóstico vital y funcional esperado.
 - e) Cobertura de servicios (especificar si cubre servicios de salud, alojamiento, transporte y alimentación) del paciente y su acompañante.
 - f) Presupuesto requerido.
 - g) Fecha tentativa de la cita y de las prestaciones de salud
7. La Dirección Nacional de Cooperación y Relaciones Internacionales deberá en un período de 24 horas remitir un informe a la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces, que incluya todas las respuestas recibidas de los prestadores de servicios de salud en el exterior.
8. La Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces, designará de entre los prestadores de servicios de salud en el exterior al que mejor cumpla los criterios de atención oportuna y de calidad.
9. Con el oficio de designación del prestador de servicios de salud internacional donde se llevará a cabo la atención de salud, la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces, solicitará la siguiente documentación al usuario o su representante legal para continuar con el trámite administrativo:
- a) Certificado Bancario original a nombre del usuario y en caso de menores de edad de su representante legal.
 - b) Copia a color del pasaporte de usuario y acompañante (legible).
 - c) Copia a color de la visa para ingreso al país de destino (solo de requerirse).
 - d) En menores de edad, original y copia del permiso de salida del país, debidamente notariados.
 - e) Copia a color de la cédula de ciudadanía o identidad del usuario y su acompañante.
 - f) Planilla de un servicio básico, predio urbano o rural del usuario o representante legal o acompañante.

Todos los documentos deberán ser validados mediante revisión de los originales. En el caso de donantes se requerirán los mismos documentos que el acompañante.

10. La Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces, deberá remitir una copia del oficio de designación de prestador de servicios en el exterior a la Coordinación General Administrativo Financiera para el cálculo de viáticos y subsistencias, el mismo que deberá realizarlo en un plazo máximo 3 días laborables así como para la generación de la partida presupuestaria para hacer efectiva la cobertura en el exterior.

11. La Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces en un tiempo máximo de 48 horas después de recibida la resolución del CTGPEC y los informes de prestadores emitidos por la Dirección Nacional de Cooperación y Relaciones Internacionales, deberá realizar las siguientes acciones:

a) Elaborar el expediente de la resolución como caso de cobertura internacional, el cual contendrá la siguiente documentación:

- Memorando / Oficio de solicitud de cobertura internacional (Anexo 1).
- Epicrisis completa y detallada en formato digital (no manuscrito).
- Informe Médico del caso en formato digital (no manuscrito) en el cual se explicita la necesidad de salud (procedimiento o manejo terapéutico), el análisis de factibilidad de la atención, el pronóstico vital y funcional del usuario, firmado y sellado por el médico tratante especialista.
- Certificado Médico emitido por el médico especialista (Anexo 2).
- Certificado del Director Médico del centro hospitalario donde es atendido el usuario (Anexo 3).
- Resolución de cobertura internacional del usuario con condición catastrófica emitida por el CTGPEC.
- Certificado en el cual conste que el procedimiento total o parcial no puede ser realizado dentro del país, en los establecimientos de salud del MSP, RPIS y RPC emitido por la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces.
- Informe técnico emitido por el CTGPEC.
- Memorando en el cual se informa la asignación del prestador de servicios de salud en el que será atendido el usuario y el presupuesto del procedimiento a realizarse, emitido por la Unidad de Gestión de Paciente de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces.
- Informe del cálculo de viáticos y subsistencias realizado por la Coordinación General Administrativo Financiera del MSP.
- Certificado Bancario Original a nombre del usuario y en caso de menores de edad de su representante legal.
- Copia a color del Pasaporte del usuario y su acompañante.
- Copia a color de la visa para ingreso al país de destino (solo de requerirse) del usuario y su acompañante.
- En menores de edad, original y copia del permiso de salida del país, debidamente notariados.
- Copia a color de la cédula de ciudadanía o identidad del usuario y su acompañante (legibles).
- Planilla de un servicio básico, predio urbano o rural del usuario o representante legal o acompañante.
- Carta compromiso (Anexo 4) del usuario y/o su representante en la que conste:
 - La obligación de retornar al país.

- La obligación de hacer buen uso de los fondos, subsistencia, entregados al usuario y acompañante mientras recibe el tratamiento en el exterior.
- Liberación de responsabilidad legal al Ministerio de Salud Pública, a la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces, y al CTGPEC por el riesgo o daño que llegare a ocasionar la valoración o procedimiento realizado al paciente en el exterior.

En el caso de donantes se requerirán los mismos documentos que los acompañantes

- b) Remitir el expediente a la Dirección Nacional de Consultoría Legal quien en periodo de 3 días laborables elaborará un contrato entre el MSP y el usuario o su representante legal, donde se estipule la obligatoriedad de hacer buen uso de los fondos para subsistencia entregados al usuario y su acompañante, así como la responsabilidad de justificar los gastos incurridos a su retorno al país, y realizar la devolución de saldos no utilizados o no justificados posterior al tratamiento en el exterior, contrato que deberá suscribirse entre el usuario o su representante y la máxima autoridad del Ministerio o su delegado oficial.

12. Una vez que el expediente esté completo la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces, deberá direccionar al usuario y remitir la documentación a la Coordinación General Administrativo Financiera del MSP para continuar con la entrega de boletos aéreos, viáticos y subsistencias al usuario.

Los gastos administrativos producidos para la emisión de pasaporte, visa, permisos de salida, notariado de documentos y otros gastos legales serán de responsabilidad del paciente o su representante legal. Para respaldar la erogación de fondos públicos, los pacientes o sus apoderados, deberán suscribir como garantía un pagaré a la orden por el valor total cubierto.

5.8. De la cobertura y gestión financiera

El Ministerio de Salud Pública (MSP), a través de la Unidad de Gestión de Pacientes de la Red de la Dirección Nacional de Articulación y la Coordinación Administrativa Financiera, o quien haga sus veces, cubrirá los gastos que se encuentren contemplados en la cobertura internacional, generados por las prestaciones salud de alta especialidad de los usuarios con enfermedades catastróficas, previo informe favorable del CTGPEC, que son los siguientes:

- a) Gastos complementarios: movilización fuera del país (pasajes de ida y vuelta), alojamiento, alimentación y transporte del paciente (receptor y donante en caso de trasplante) y de un solo acompañante por un período de hasta 60 días.

- b) Gastos médicos: cobertura de gastos de la atención en salud hasta el monto definido máximo para cualquier persona: USD 100.000 (CIEN MIL DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTE AMERICA), en estos gastos no se incluyen los generados por alojamiento, alimentación y transporte.

Dentro del paquete integral de atención, el prestador de servicios de salud en el exterior puede incluir dentro de la proforma enviada, el valor del transporte aéreo medicalizado o no (dependiendo de las condiciones de salud del paciente) la misma que se evaluará en relación a las tarifas aéreas del país para su aceptación o no.

En el caso de no inclusión, se valorará el estado del paciente y la necesidad de transporte aéreo medicalizado o no, si el cuadro clínico del usuario requerir transporte aéreo medicalizado, este se realizará con las instituciones que brinden dicho servicio de acuerdo al Tarifario de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

El MSP no cubrirá los gastos personales, entiéndase costos por trámites públicos, especies valoradas, emisión de pasaportes y visas; tasa aeroportuarias o impuestos migratorios internacionales, multas generadas por cambios de pasajes aéreos, el costo por sobrepeso en equipaje ni otros rubros no contemplados en esta norma. Tampoco se cubrirán los gastos efectuados por el usuario con condición catastrófica que por propia iniciativa se realizare procedimientos y tratamientos en establecimientos de salud del exterior, que no hayan sido autorizados previamente, que no tengan evidencia científica o se encuentren en fase experimental así como gastos incurridos por cualquiera de las personas que viajen al exterior que no esté en relación al proceso de prestación de salud correspondiente.

Si el tiempo requerido para la prestación de salud se prolongará durante la estadía de un usuario en el exterior, la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces, emitirá un informe al Comité Técnico de Gestión de Enfermedades Catastróficas del Ministerio de Salud Pública, para que una vez analizado, proceda a la aprobación o no de extensión del tiempo de cobertura. Este informe será entregado al Comité en un período de hasta 10 días previos a la fecha límite de cobertura preestablecida.

En el caso de que el costo de la enfermedad supere el monto establecido en el literal b), la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces, realizará un informe para una extensión de cobertura. Este informe será analizado por el Comité Técnico de Gestión de Enfermedades Catastróficas del Ministerio de Salud Pública para su aprobación.

En caso de que el usuario sea afiliado a otro de los subsistemas de la RPIS, y el costo del tratamiento en el exterior supere el monto establecido en el literal b), la provisión de extensión de cobertura será responsabilidad del subsistema correspondiente, quien informará a la Unidad de de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces, mediante oficio la aceptación del costo del tratamiento además del compromiso de pago al MSP, para continuar el trámite correspondiente.

Los montos asignados para alojamiento, alimentación, y transporte, serán calculados en base al Reglamento para el pago de viáticos y subsistencias en el exterior, para las y los servidores y obreros públicos del Ecuador, publicado mediante acuerdo ministerial 00051 del Ministerio de Relaciones Laborales, el 21 de febrero del 2011, o mediante la normativa que estuviera vigente a la fecha del análisis.

Para la cobertura, se considerará los viáticos y subsistencia asignados para el rango de servidor público del 1 al 6 de las escala de 20 grados. La distribución porcentual de los viáticos y subsistencias entregados, se realizará de manera aproximada, con un 50% para alojamiento, 30% para alimentación, 10% para transporte y 10% para otros gastos. De tal manera que el valor entregado por día a cada persona, dependerá de la condición del paciente / donante (Hospitalizado o Ambulatorio) y de la cobertura que otorgue el prestador.

Se considera cobertura integral total cuando el prestador de servicios de salud en el exterior cubre los gastos de servicios de salud, alojamiento, alimentación y transporte del usuario (donante y receptor en caso de trasplante) y su acompañante. Y la cobertura exclusiva de salud cuando el prestador de servicios de salud en el exterior cubra sólo gastos de servicios de salud.

Así, el monto de viáticos y subsistencias a asignarse se calculará, tomando en cuenta la estadía promedio programada, según plan terapéutico propuesto por el prestador, de acuerdo con la siguiente tabla de viáticos y subsistencias diarias. En caso de que el prestador no logre precisar el tiempo necesario de estadía del paciente para completar su tratamiento, se realizará el cálculo con el máximo autorizado en la presente norma (60 días).

TABLA 1. Viáticos y subsistencias diarias para cobertura internacional.

		Paciente	Donante	Acompañante
COBERTURA INTEGRAL TOTAL	Hospitalizado	10%	10%	30%
	Ambulatorio	30%	30%	30%
COBERTURA EXCLUSIVA DE SALUD	Hospitalizado	10%	10%	100%
	Ambulatorio	65%	65%	100%

Fuente: Equipo Técnico de la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, 2013

La Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces, mediante el oficio de designación de prestador de servicios en el exterior, deberá remitir una copia a la Coordinación General Administrativo Financiera para el cálculo de viáticos y subsistencias así como para la generación de la partida presupuestaria para hacer efectiva la cobertura en el exterior.

Deberá además remitir a la Dirección Nacional de Consultoría Legal, quien elaborará un contrato entre el MSP y el usuario o su representante legal, donde se estipule la obligatoriedad de hacer buen uso de los fondos para subsistencia entregados al usuario y acompañante, así como la responsabilidad de justificar los gastos incurridos,

y realizar la devolución de saldos no utilizados o no justificados posterior al tratamiento en el exterior, contrato que deberá suscribirse entre el usuario o su representante y la máxima autoridad del Ministerio o su delegado oficial.

Una vez que el expediente esté completo Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces, deberá remitir la documentación a la Coordinación General Administrativo Financiera del MSP para continuar con el trámite de entrega de boletos aéreos, viáticos y subsistencias al usuario. Los gastos administrativos producidos para la emisión de pasaporte, visa, permisos de salida, notariado de documentos y otros gastos legales serán de responsabilidad del paciente o su representante legal. Para respaldar la erogación de fondos públicos, los pacientes o sus apoderados, deberán suscribir como garantía un pagaré a la orden por el valor total cubierto.

A su regreso, el usuario o su representante legal deberá justificar los gastos ante la Coordinación General Administrativo Financiera, presentando facturas, pases de abordar y demás documentos que respalde el correcto uso de los gastos entregados. Esto lo deberá realizar en un plazo no mayor a quince días calendario posterior a su fecha de retorno al país.

5.9. Del control y seguimiento

El control y seguimiento de la parte técnica médica de los casos de cobertura económica lo realizará la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces, de la siguiente manera:

El monitoreo para control y evaluación de la presente norma se basará en indicadores concretos que permitirán conocer el desempeño, eficiencia y calidad de los procedimientos aplicados para extender la cobertura a nivel internacional de las y los usuarios con enfermedades catastróficas.

Estos indicadores son de tres tipos:

- a) Entrada.- Aquellos que permiten identificar que el proceso empieza de acuerdo a los lineamientos que se establecen en la norma.
- b) Proceso.- Aquellos que permiten evaluar la eficiencia de las actividades durante todo el transcurso del proceso hasta su etapa final.
- c) Salida.- Aquellos que permiten evaluar los resultados finales de todo el proceso.

5.9.1. Indicador de entrada

- Porcentaje de Expedientes Adecuados

Es la relación que existe entre los expedientes completos remitidos a la Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública

sobre los expedientes recibidos, multiplicado por 100. El valor es aceptable hasta el 80%, inferior a esto, se deberá tomar acciones correctivas para incrementarlo.

$$\text{Expedientes Adecuados} = \frac{\text{Expedientes completos}}{\text{Expedientes recibidos}} \times 100$$

5.9.2. Indicador de proceso

- Porcentaje del tiempo óptimo de respuesta

Es la relación que existe entre el tiempo empleado en resolver favorable o desfavorable el caso desde la recepción de la documentación por el Comité, sobre el tiempo establecido en el presente documento (48 horas), multiplicado por 100. El valor no puede exceder el 100% debido a que generaría retrasos y el procedimiento no sería oportuno.

$$\text{Tiempo óptimo de respuesta} = \frac{\text{Tiempo empleado}}{\text{Tiempo establecido}} \times 100$$

5.9.3. Indicador de salida

- Porcentaje de casos enviados al exterior

Es la relación que existe entre los casos de personas con Enfermedades catastróficas enviados para su tratamiento al exterior sobre el número total de casos analizados, multiplicado por 100. El rango es aceptable desde el 70% al 80%.

$$\text{Casos enviados al exterior} = \frac{\text{Casos enviados}}{\text{Casos analizados}} \times 100$$

6. GLOSARIO

ACCESIBILIDAD: Se habla de accesibilidad de la atención cuando es fácil de iniciarse y de mantenerse. Esta depende de los proveedores que la hacen más o menos fácil de alcanzar y de usar, pero también depende de la habilidad de los clientes potenciales para vencer los obstáculos financieros, espaciales, sociales y psicológicos que se interponen entre ellos y la recepción de la atención. En acreditación es importante darle una dimensión adicional al término Acceso, ampliando su concepto a la capacidad de la organización de involucrar los derechos de los usuarios dentro de su sistema de direccionamiento político frente al paciente y su familia.

En resumen es la posibilidad que tienen los pacientes de ser atendidos efectivamente en los servicios de salud. Hay por lo menos tres tipos:

- Material (distancia, transporte, horarios),
- Económicas (costos de viaje, de los honorarios) y
- Sociales o culturales (barreras por pautas culturales, del idioma, etc.) (14)

ACEPTABILIDAD: Conformidad de pacientes y familiares con las expectativas que tenían sobre la atención médica solicitada y obtenida. (15)

ACTIVIDAD O PROCEDIMIENTO NO QUIRÚRGICO: Es el conjunto de actividades no instrumentales sobre el cuerpo humano, que se practican para el diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de enfermedades o accidentes. (13)

ACTIVIDAD O PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: Es la operación instrumental, total o parcial, de lesiones causadas por enfermedades o accidentes, con fines diagnósticos, de tratamiento o de rehabilitación de secuelas. (13)

ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS BILATERALES: Son las operaciones iguales que se practican en un mismo acto quirúrgico, en órganos pares, o en elementos anatómicos de los dos miembros superiores o inferiores. (13)

ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS MÚLTIPLES: Son las practicadas al mismo paciente, en uno o más actos quirúrgicos, por uno o más cirujanos. (13)

ALOJAMIENTO CONJUNTO: Es la modalidad que involucra los procesos de atención del recién nacido normal, en la misma habitación de la madre. (13)

AMBULANCIA: Unidad móvil aérea, marítima o terrestre, destinada al traslado de pacientes. (13)

ACREDITACIÓN: Es un proceso FORMAL y voluntario que conlleva al mejoramiento continuo de las organizaciones. Implica la búsqueda de estándares factibles OPTIMOS que son preestablecidos y conocidos. Es realizada generalmente por un organismo con reconocimiento, usualmente no gubernamental, en el cual pares evalúan que la organización de salud cumpla con los estándares determinados. (16)

Se caracteriza por:

- Proceso voluntario
- Periódico
- De evaluación bajo estándares óptimos
- Confidencialidad

Es parte de un proceso de mejoramiento de la calidad.

ATENCIÓN DE EMERGENCIA: Es un proceso de cuidados de salud indispensables e inmediatos a personas que presentan una emergencia que comprende la organización de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad, previamente definido por el Ministerio de Salud Pública, para esa Unidad. Todas las entidades o establecimientos públicos o privados, que dispongan del servicio de emergencias, atenderán obligatoriamente estos casos, sin discriminación de raza, religión, condición social u otras causas ajenas a su razón de servicio. (13)

ATENCIÓN DE EMERGENCIA DE TIPO PREHOSPITALARIO: Es el proceso de cuidados de salud que requieren de un conjunto de recursos técnicos como equipamiento de cuidado intensivo, instrumental, materiales, equipo de radio y de recursos humanos capacitados en el manejo de emergencias los mismos que deberán estar disponibles para desplazarse en forma oportuna al lugar de ocurrencia de una emergencia, prestar la atención inicial por cualquier afección, mantener estabilizado el paciente durante su traslado a un Centro Hospitalario y a orientar respecto de las conductas provisionales que se deben asumir mientras se produce el contacto. (13)

CAMA: Es aquella instalada para el uso exclusivo de los pacientes internados durante las 24 horas, se incluyen las incubadoras. Se excluyen las camas de trabajo de parto, de recuperación post-quirúrgica, de hidratación que se usen sólo para este fin, las de observación, las cunas complemento de la cama obstétrica, las localizadas en los servicios de rayos X, Banco de Sangre, Laboratorio Clínico y las de acompañante. (13)

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Es el consentimiento otorgado por una persona responsable de ella misma, para participar en un tratamiento, investigación, programa de inmunización, régimen, etc., tras haber sido informada del propósito, métodos, procedimientos, ventajas y riesgos inherentes. Este último factor es fundamental para que un sujeto otorgue su consentimiento informado. (16)

En concreto: Información técnica, formal, clara y suficiente brindada por los profesionales tratantes a los pacientes para tomar decisiones compartidas sobre procedimientos y terapéuticas que suponen un riesgo más alto que el habitual.

CONTINUIDAD: Componente de la calidad de la asistencia al paciente que consiste en la coordinación de la asistencia misma necesaria entre diferentes médicos y centros sanitarios y a lo largo del tiempo. (12)

GUÍAS CLÍNICAS (Clinical Guidelines): Compilación de datos, opciones e instrucciones disponibles con relación a cuadros clínicos que pueden presentar los

pacientes, que orientan en la modalidad de acción más adecuada y con mayores evidencias científicas. (15)

Constituye una orientación y no una modalidad de cumplimiento obligatorio. Se acompañan en general de protocolos terapéuticos. Las guías de manejo clínico basadas en evidencia científica son recomendaciones desarrolladas de manera sistemática que buscan ayudar al médico y al paciente en decisiones sobre el cuidado apropiado en salud en circunstancias clínicas específicas. Las guías de manejo clínico han sido promovidas como una estrategia para apoyar las decisiones clínicas, buscando mejorar la efectividad y optimizar costos de los servicios de salud.

Promueven una apreciación más explícita de los determinantes de la toma de decisiones clínicas y facilitan la estandarización y evaluación de la calidad de la práctica médica mediante parámetros confiables y científicamente sólidos.

INTEGRALIDAD: Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general de las condiciones de vida de toda la población. Papel de coordinación de una organización para que un paciente use una serie de prestadores cuyo trabajo en conjunto sea complementario dentro de un mismo proceso de atención en un punto del tiempo o a lo largo del mismo. (16)

IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Entidad encargada de la administración y provisión de los recursos y prestaciones de la seguridad social de los ecuatorianos y ecuatorianas con relación de dependencia laboral o afiliados voluntariamente, según la norma vigente. EL IESS también administra el Seguro Social Campesino. (17)

ISSFA: Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas. Entidad autónoma responsable de administrar los recursos y seguros del contingente militar. (18)

ISSPOL: Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional. Entidad que administra los seguros de retiro (vejez) e invalidez, además de servicios sociales específicos. La cesantía (figura de seguro de desempleo) se gestiona en un sistema cooperativo independiente del ISSPOL; de igual manera, el seguro de salud tiene únicamente una figura de receptor de recursos que son enviados a la Dirección Nacional de Salud que los entrega vía presupuesto a sus unidades de salud. (19)

LICENCIAMIENTO: Proceso de evaluación mediante el cual una entidad, generalmente gubernamental, otorga el permiso a un médico o a una organización, para prestar servicios de salud. Tiene las siguientes características básicas:

- Es oficial
- Es obligatorio
- Responde al cumplimiento de estándares mínimos
- Requiere renovación periódica
- El cumplimiento del licenciamiento permite funcionamiento

Se hace la evaluación para asegurar el cumplimiento de los estándares mínimos, para proteger la salud de los usuarios y la seguridad pública. (16)

MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA: Uso consciente, explícito y razonado de la mejor evidencia disponible para la toma de decisiones en el cuidado de los pacientes individuales. (16)

PERTINENCIA: Calidad de lo que exactamente conviene o corresponde al objetivo que se trate. (12)

UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO: Es el servicio destinado a pacientes críticos, con complicaciones no derivadas de un acto quirúrgico, que con excepción de la asistencia ventilatoria, se les brinda la misma atención que en la Unidad de Cuidado Intensivo bajo el cuidado del médico intensivista en la medida que el caso lo requiera. (13)

UNIDADES DE VALOR RELATIVO: Es un arancel o unidades relativas de valor, que le asigna un puntaje a cada procedimiento médico por el reconocimiento de los servicios profesionales y hospitalarios, dentro de un marco de organización que considera codificación numérica y descripción de procedimientos y servicios. (13)

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Asamblea Constituyente, Constitución de la República del Ecuador, Montecristi – Manabí, año 2008
2. Acuerdo Interministerial No 002 del 25 de marzo de 2008
3. Acuerdo Ministerial No 821 del 02 de julio de 2008
4. Acta No CT-02-2009, Manual Operativo RPS del 7 de mayo de 2009
5. Resolución 0064-2012, “Instructivo para los procedimientos internos y externos de casos Internacionales de la Red de Protección Solidaria” del 15 de marzo de 2012
6. Ley Orgánica Reformatoria a la Ley Orgánica de Salud, Ley 67 "PARA INCLUIR EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES RARAS O HUÉRFANAS Y CATASTRÓFICAS", del 24 de enero de 2012
7. Acuerdo Ministerial No 00001829, “Emitir los criterios de inclusión de enfermedades consideradas catastróficas, raras y huérfanas para beneficiarios del bono Joaquín Gallegos Lara”, del 6 de septiembre de 2012
8. RUBIO, Santiago. Glosario de Economía de la Salud. OPS. Serie Paltex. Díaz de Santos, 1995.
9. Guía de la evaluación económica en la actividad sanitaria. www.euskadi.net/sanidad/osteba/.../d_99-01_evaluación_económica.pdf... Gobierno Vasco, Departamento de Sanidad, 1999.
10. Red Pública Integral de Salud (RPIS), INSTRUCTIVO 001-2012, “PARA LA VIABILIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN UNIDADES DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD (RPIS) Y EN LA RED PRIVADA COMPLEMENTARIA (RPC) DE PRESTADORES SERVICIOS DE SALUD”, de mayo de 2012.
11. GUTIERREZ Catalina, MOLINA Carlos, WÜLLNER Andrea. Las formas de Contratación entre prestadoras y administradoras de salud, sus perspectivas en el nuevo marco de la Seguridad Social. FEDESARROLLO, Bogotá 1996.
12. ALVAREZ NEBREDA, Carlos. Glosario de términos para la administración y gestión de los servicios de sanitarios. Díaz de Santos, Madrid 1998.
13. Registro Oficial, Edición Especial No 289, TARIFARIO DE PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 24 de mayo de 2012.
14. DONABEDIAN, Avedis. La calidad de la atención médica. Definición y Métodos de Evaluación, México. La Prensa Médica Mexicana, 1991.
15. Sociedad Argentina para la Calidad en Salud, Glosario de Calidad en Salud. 2002.
16. Centro de Gestión Hospitalaria, Glosario. www.cgh.org.co/recursos/glosario.
17. Ley de Seguridad Social, Ecuador, 13 de noviembre de 2001
18. Ley de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, Ecuador, 30 de julio de 1992

19. Ley de Seguridad Social de la Policía Nacional, Ecuador, 7 de agosto de 1995
20. Contraloría General del Estado. NORMAS DE CONTROL INTERNO PARA LAS ENTIDADES, ORGANISMOS DEL SECTOR PÚBLICO Y DE LAS PERSONAS JURÍDICAS DE DERECHO PRIVADO QUE DISPONGAN DE RECURSOS PÚBLICOS.
21. Knaul, F. Justicia financiera y gasto catastrófico en salud: impacto del Seguro Popular en México. Revista de Salud Pública México. 2005;47(supl 1):57.
22. Instituto de Ciencias del Seguro. Propuestas para un Sistema de Cobertura de Enfermedades catastróficas en Argentina. Colección Cuadernos de la Fundación.. Fundación MAPFRE. Argentina. 2008.
23. OPS/OMS. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en las Américas. Bol. Epidemiol. 2004; 25(2).
24. Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, Resolución 217A (III), 1948, artículo 22.
25. Padrón, Hilda Santos, Pobreza y marginalidad como criterio de priorización para las enfermedades catastróficas en México. Instituto de Seguridad Social de Tabasco (ISSET), México. 2009.
26. Tobar, Federico. La enfermedad como catástrofe. new.paho.org/hq/index.php.2010.
27. Knaul, F. Justicia financiera y gasto catastrófico en salud: impacto del Seguro Popular en México. Revista de Salud Pública México. 2005;47(supl 1):57.

8. APÉNDICES

8.1. BASE LEGAL

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

Art. 3.- Son deberes primordiales del Estado:

1. Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes.

Art. 9.- Las personas extranjeras que se encuentren en el territorio ecuatoriano tendrán los mismos derechos y deberes que las ecuatorianas, de acuerdo con la Constitución.

Art. 10.- Las personas, comunidades, pueblos, nacionalidades y colectivos son titulares y gozarán de los derechos garantizados en la Constitución y en los instrumentos internacionales.

La naturaleza será sujeto de aquellos derechos que le reconozca la Constitución.

Art. 11.- El ejercicio de los derechos se regirá por los siguientes principios:

3. Los derechos y garantías establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales de derechos humanos serán de directa e inmediata aplicación por y ante cualquier servidora o servidor público, administrativo o judicial, de oficio o a petición de parte.

Para el ejercicio de los derechos y las garantías constitucionales no se exigirán condiciones o requisitos que no estén establecidos en la Constitución o la ley.

Los derechos serán plenamente justiciables. No podrá alegarse falta de norma jurídica para justificar su violación o desconocimiento, para desechar la acción por esos hechos ni para negar su reconocimiento.

4. Ninguna norma jurídica podrá restringir el contenido de los derechos ni de las garantías constitucionales.

5. En materia de derechos y garantías constitucionales, las servidoras y servidores públicos, administrativos o judiciales, deberán aplicar la norma y la interpretación que más favorezcan su efectiva vigencia.

8. El contenido de los derechos se desarrollará de manera progresiva a través de las normas, la jurisprudencia y las políticas públicas. El Estado generará y garantizará las condiciones necesarias para su pleno reconocimiento y ejercicio.

Será inconstitucional cualquier acción u omisión de carácter regresivo que disminuya, menoscabe o anule injustificadamente el ejercicio de los derechos.

9. El más alto deber del Estado consiste en respetar y hacer respetar los derechos garantizados en la Constitución.

El Estado, sus delegatarios, concesionarios y toda persona que actúe en ejercicio de una potestad pública, estarán obligados a reparar las violaciones a los derechos de los particulares por la falta o deficiencia en la prestación de los servicios públicos, o por las acciones u omisiones de sus funcionarias y funcionarios, y empleadas y empleados públicos en el desempeño de sus cargos.

23. El Estado ejercerá de forma inmediata el derecho de repetición en contra de las personas responsables del daño producido, sin perjuicio de las responsabilidades civiles, penales y administrativas.

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

Art. 50.- El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente.

Art. 85.- La formulación, ejecución, evaluación y control de las políticas públicas y servicios públicos que garanticen los derechos reconocidos por la Constitución, se regularán de acuerdo con las siguientes disposiciones:

1. Las políticas públicas y la prestación de bienes y servicios públicos se orientarán a hacer efectivos el buen vivir y todos los derechos, y se formularán a partir del principio de solidaridad.

2. Sin perjuicio de la prevalencia del interés general sobre el interés particular, cuando los efectos de la ejecución de las políticas públicas o prestación de bienes o servicios públicos vulneren o amenacen con vulnerar derechos constitucionales, la política o prestación deberá reformularse o se adoptarán medidas alternativas que concilien los derechos en conflicto.

3. El Estado garantizará la distribución equitativa y solidaria del presupuesto para la ejecución de las políticas públicas y la prestación de bienes y servicios públicos.

En la formulación, ejecución, evaluación y control de las políticas públicas y servicios públicos se garantizará la participación de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades.

Art. 298.- Se establecen pre asignaciones presupuestarias destinadas a los gobiernos autónomos descentralizados, al sector salud, al sector educación, a la educación superior; y a la investigación, ciencia, tecnología e innovación en los términos previstos en la ley. Las transferencias correspondientes a pre asignaciones serán predecibles y automáticas. Se prohíbe crear otras pre asignaciones presupuestarias.

Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

Art. 363.- El Estado será responsable de:

2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.

3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.

Art. 365.- Por ningún motivo los establecimientos públicos o privados ni los profesionales de la salud negarán la atención de emergencia. Dicha negativa se sancionará de acuerdo con la ley.

Art. 366.- El financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente, y deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado. Los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de salud.

El Estado financiará a las instituciones estatales de salud y podrá apoyar financieramente a las autónomas y privadas siempre que no tengan fines de lucro, que garanticen gratuidad en las prestaciones, cumplan las políticas públicas y aseguren calidad, seguridad y respeto a los derechos.

Estas instituciones estarán sujetas a control y regulación del Estado.

Art. 368.- El sistema de seguridad social comprenderá las entidades públicas, normas, políticas, recursos, servicios y prestaciones de seguridad social, y funcionará con base en criterios de sostenibilidad, eficiencia, celeridad y transparencia. El Estado normará, regulará y controlará las actividades relacionadas con la seguridad social.

Art. 370.- El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, entidad autónoma regulada por la ley, será responsable de la prestación de las contingencias del seguro universal obligatorio a sus afiliados.

La policía nacional y las fuerzas armadas podrán contar con un régimen especial de seguridad social, de acuerdo con la ley; sus entidades de seguridad social formarán parte de la red pública integral de salud y del sistema de seguridad social.

LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Art. 2.- Finalidad y Constitución del Sistema.- El Sistema Nacional de Salud tiene por finalidad mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud, Estará constituido por las entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector salud, que se articulan funcionalmente sobre la base de principios, políticas, objetivos y normas comunes.

Art. 3.- Objetivos.- El Sistema Nacional de Salud cumplirá los siguientes objetivos:

1. Garantizar el acceso equitativo y universal a servicios de atención integral de salud, a través del funcionamiento de una red de servicios de gestión desconcentrada y descentralizada.

2. Promover, la coordinación, la complementación y el desarrollo de las instituciones del sector.

3. Incorporar la participación ciudadana en la planificación y veeduría en todos los niveles y ámbitos de acción del Sistema Nacional de Salud.

Art. 4.- Principios.- El Sistema Nacional de Salud, se regirá por los siguientes principios:

1. Equidad.- Garantizar a toda la población el acceso a servicios de calidad, de acuerdo a sus necesidades, eliminando las disparidades evitables e injustas como las concernientes al género y a lo generacional.

2. Calidad.- Buscar la efectividad de las acciones, la atención con calidez y la satisfacción de los usuarios.

3. Eficiencia.- Optimizar el rendimiento de los recursos disponibles y en una forma social y epidemiológicamente adecuada.

4. Participación.- Promover que el ejercicio ciudadano contribuya en la toma de decisiones y en el control social de las acciones y servicios de salud,

5. Pluralidad.- Respetar las necesidades y aspiraciones diferenciadas de los grupos sociales y propiciar su interrelación con una visión pluricultural.

6. Solidaridad.- Satisfacer las necesidades de salud de la población más vulnerable, con el esfuerzo y cooperación de la sociedad en su conjunto.

7. Universalidad.- Extender la cobertura de los beneficios del Sistema, a toda la población en el territorio nacional.

8. Descentralización.- Cumplir los mandatos constitucionales que consagren el sistema descentralizado del país.

9. Autonomía.- Acatar la que corresponda a las autonomías de las instituciones que forman el Sistema.

Art. 11.- Función de Provisión de Servicios de Salud.- La provisión de servicios de salud es plural y se realiza con la participación coordinada de las instituciones prestadoras, las cuales funcionarán de conformidad con su estatuto de constitución y la administración de sus propios recursos.

El Sistema establecerá los mecanismos para que las instituciones garanticen su operación en redes y aseguren la calidad, continuidad y complementariedad de la atención, para el cumplimiento del Plan Integral de Salud de acuerdo con las demandas y necesidades de la comunidad.

Estos mecanismos incluyen:

e) La referencia y contrareferencia;

g) La celebración de convenios o contratos de gestión entre las entidades del Sistema para complementar la atención, con mecanismos de pago interinstitucionales basados en protocolos comunes, de acuerdo al reglamento correspondiente;

i) Otros acuerdos de complementación interinstitucional.

Art. 12.- Función de aseguramiento.- El aseguramiento es la garantía de acceso universal y equitativo de la población al Plan Integral de Salud en cumplimiento del derecho ciudadano a la protección social en salud.

A efecto de alcanzar la cobertura universal el Sistema con la participación de todos sus integrantes aplicará las medidas que sean necesarias para el cumplimiento de esta meta común. Iniciará con la aplicación del plan de aseguramiento para mujeres y niños beneficiarios de la Ley y Programas de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

Se promoverá la ampliación de cobertura de salud de todas las entidades prestadoras de servicios y del Seguro General Obligatorio y Seguro Social Campesino, pertenecientes al IESS, de otros seguros públicos, como el ISSFA e ISSPOL.

REGLAMENTO A LA LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Art. 13.- De la conformación y organización de la red.- La conformación y Organización de la red plural de prestadores, de la cual forman parte los proveedores públicos, privados y los de medicina tradicional y alternativa, responderán al modelo de atención consagrado en la ley y a los protocolos de las acciones y prestaciones definidas en el Plan Integral de Salud. Las áreas de salud constituyen la base a la que se articularán las instituciones y las unidades locales de acuerdo a sus responsabilidades y capacidad resolutive.

Art. 15.- Complementariedad de la capacidad resolutive.- La red plural de prestadores complementará su capacidad resolutive con establecimientos de mayor complejidad tecnológica, que cuenten con especialidades y subespecialidades, a fin de garantizar atención integral y de calidad al individuo, la familia y la comunidad.

Art. 18.- Ingreso a la red plural.- Los usuarios ingresarán a la red plural de prestadores a través de las unidades de menor complejidad, excepto en los casos de emergencias o urgencias en los cuales accederán a la unidad de salud de la complejidad que se requiera.

LEY ORGÁNICA DE SALUD

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

Art. 4.- La Autoridad Sanitaria Nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.

Art. 9.- Corresponde al Estado garantizar el derecho a la salud de las personas, para lo cual tiene, entre otras, las siguientes responsabilidades:

e) Establecer a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, los mecanismos que permitan a la persona como sujeto de derechos, el acceso permanente e ininterrumpido, sin obstáculos de ninguna clase a acciones y servicios de salud de calidad;

LEY ORGÁNICA REFORMATORIA A LA LEY ORGÁNICA DE SALUD, LEY 67, PARA INCLUIR EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES RARAS O HUÉRFANAS Y CATASTRÓFICAS.

Art. 1.- Luego del numeral 5 del artículo 6 inclúyase un numeral que diga lo siguiente:

“5-A.- Dictar, regular y controlar la correcta aplicación de la normativa para la atención de patologías consideradas como enfermedades catastróficas, así como, dirigir la efectiva aplicación de los programas de atención de las mismas.”

Art. 2.- Agréguese en el Título II de la Ley Orgánica de Salud, Ley 67, luego del Capítulo III un Capítulo que diga lo siguiente:

“CAPITULO III-A DE LAS ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS Y RARAS O HUÉRFANAS”

Artículo... (1).- El Estado ecuatoriano reconocerá de interés nacional a las enfermedades catastróficas y raras o huérfanas; y, a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, implementará las acciones necesarias para la atención en salud de las y los enfermos que las padezcan, con el fin de mejorar su calidad y expectativa de vida, bajo los principios de disponibilidad, accesibilidad, calidad y calidez; y, estándares de calidad, en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, habilitación y curación.

Las personas que sufran estas enfermedades serán consideradas en condiciones de doble vulnerabilidad.

Artículo... (2).- Son obligaciones de la Autoridad Sanitaria Nacional

Emitir protocolos para la atención de estas enfermedades, con la participación de las sociedades científicas, las mismas que establecerán las directrices, criterios y procedimientos de diagnóstico y tratamiento de las y los pacientes que padezcan enfermedades raras o huérfanas;

b) Promover, coordinar y desarrollar, conjuntamente con organismos especializados nacionales e internacionales públicos y privados, investigaciones para el estudio de las enfermedades raras o huérfanas y catastróficas con la finalidad de favorecer diagnósticos y tratamientos tempranos en pro de una mejor calidad y expectativa de vida;

En aquellos casos en los que al Sistema Nacional de Salud le resulte imposible emitir el diagnóstico definitivo de una enfermedad, la Autoridad Sanitaria Nacional implementará todas las acciones para que estos casos sean investigados en instituciones internacionales de la salud con la finalidad de obtener el diagnóstico y tratamiento correspondiente.

c) Controlar y regular, en coordinación con los organismos competentes, a las compañías de seguros y prestadoras de servicios de medicina pre pagada en lo referente a la oferta de coberturas para enfermedades consideradas raras o huérfanas.

Las compañías de seguros y las empresas privadas de salud y medicina pre pagada, en el marco de las políticas definidas por la Autoridad Sanitaria Nacional y de la presente Ley, estarán obligadas a cumplir las coberturas comprometidas en los respectivos contratos de seguro sin que puedan negar dicha cobertura a pretexto del apareamiento posterior de enfermedades consideradas catastróficas y raras o huérfanas.

Art. 4.- En el artículo 259, luego de la definición de: “Donante”, agréguese las siguientes definiciones:

Enfermedad Catastrófica.- Es aquella que cumple con las siguientes características:

- a) Que implique un alto riesgo para la vida de la persona;
- b) Que sea una enfermedad crónica y por lo tanto que su atención no sea emergente; y,
- c) Que su tratamiento pueda ser programado o que el valor promedio de su tratamiento mensual sea mayor al determinado en el Acuerdo Ministerial de la Autoridad Sanitaria Nacional”.

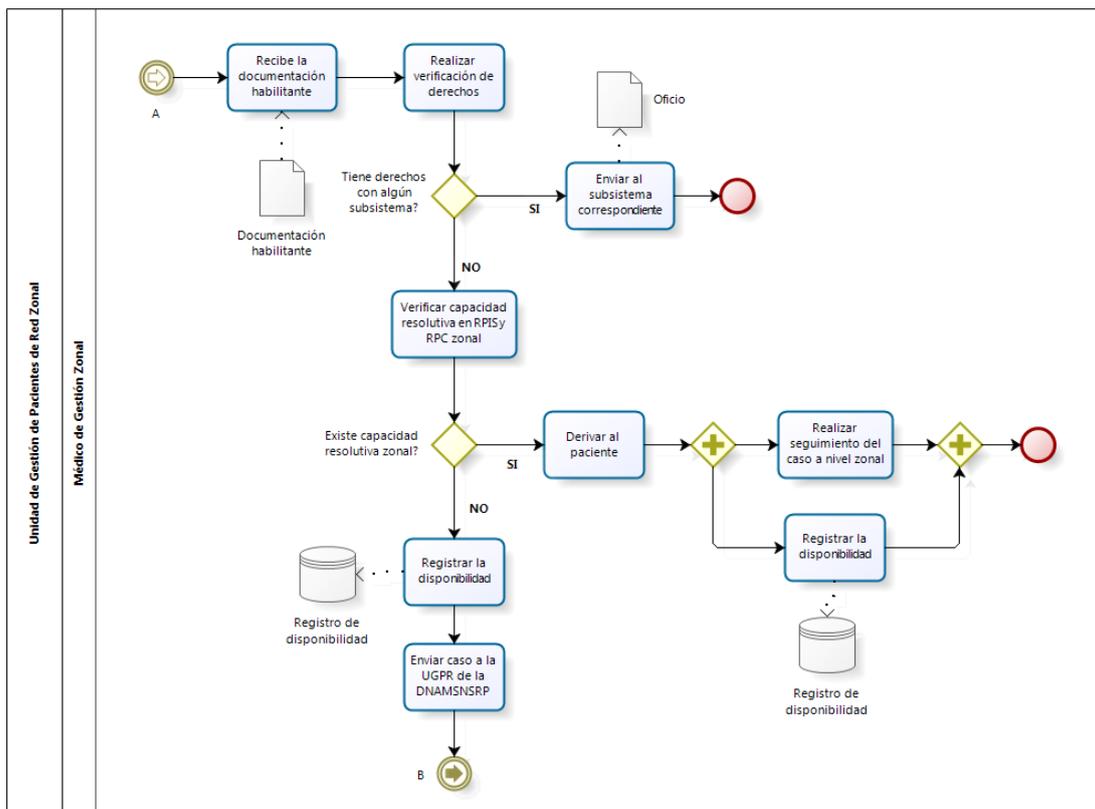
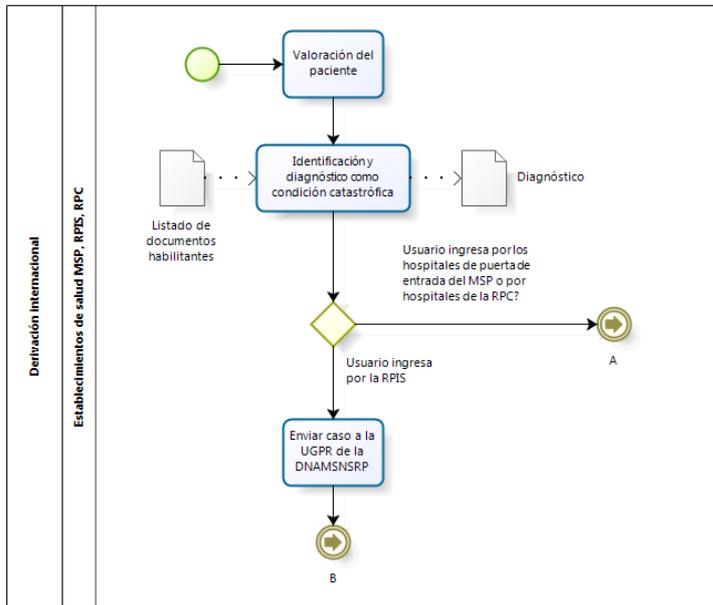
Enfermedades Raras y Huérfanas: Las enfermedades raras o huérfanas, incluidas las de origen genético, son aquellas enfermedades potencialmente mortales, o debilitantes a largo plazo, de baja prevalencia y de alta complejidad.

**8.2. UNIDADES HABILITADAS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
PARA CASOS DE ENFERMEDADES CATASTROFICAS QUE
REQUIERAN COBERTURA INTERNACIONAL**

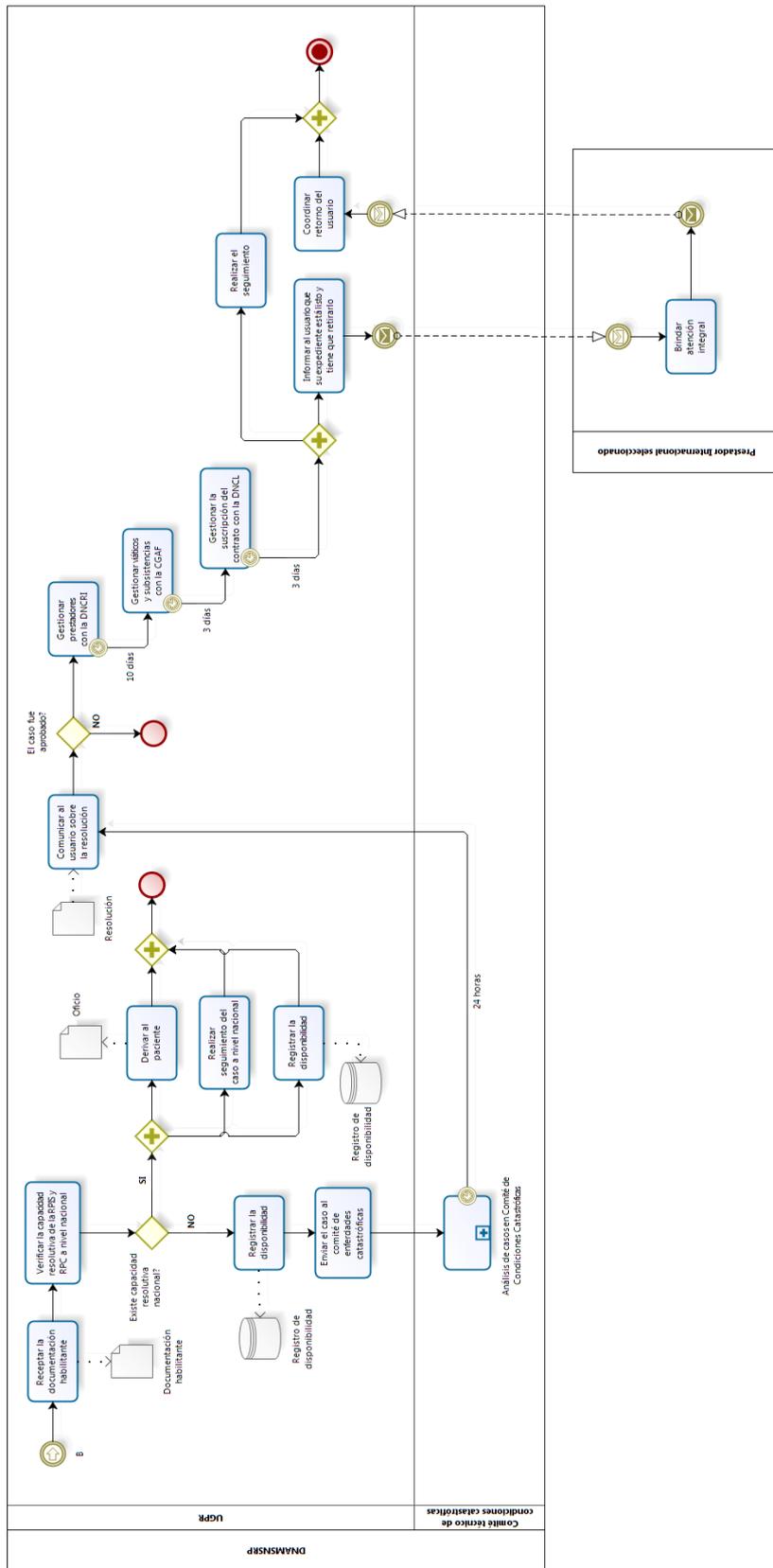
ZONA	PROVINCIA	HOSPITAL
2	Pichincha	Hospital de Especialidades Eugenio Espejo
2	Pichincha	Hospital Pediátrico Baca Ortiz
2	Pichincha	Hospital Gineco-Obstétrico "Isidro Ayora" de Quito
6	Azuay	Hospital Vicente Corral Moscoso
8	Guayas	Hospital Abel Gilbert Pontón (Guayaquil)
8	Guayas	Hospital Icaza Bustamante

8.3. DIAGRAMAS DE FLUJO PARA GESTIÓN DE CASOS INTERNACIONALES

8.3.1. Diagrama de flujo para la derivación internacional



Elaborado: Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública
Revisado: Dirección Nacional de Gestión de Procesos



Elaborado: Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública
 Revisado: Dirección Nacional de Gestión de Procesos

9. ANEXOS

ANEXO 1: OFICIO PARA ANALISIS DE COBERTURA INTERNACIONAL

HOJA MEMBRETADA DEL SUBSISTEMA
Quito, XX de XXX De XXXX
Nro. Oficio: XXXXXXXX

OFICIO PARA ANÁLISIS DE COBERTURA INTERNACIONAL
Responsable del Subsistema

Señor Doctor

COORDINADOR GENERAL
UNIDAD DE GESTION DE PACIENTES DE LA RED DE LA DIRECCION NACIONAL DE
ARTICULACION
Presente.

Por medio del presente me permito poner a su conocimiento el caso de _____(nombre y apellidos completos), con CC: _____ y un diagnóstico de _____, el mismo que requiere el manejo terapéutico/procedimiento: _____.

Una vez analizada la cartera de servicios de los establecimientos de salud propios y externos de este subsistema, certifico que el mencionado procedimiento no puede ser realizado en ninguna de las unidades.

Por este motivo, agradeceré se considere el caso para análisis de cobertura internacional, de acuerdo a la Norma técnica para el procedimiento de envío y financiamiento de la atención integral en el exterior de pacientes con Enfermedades catastróficas vigente, por lo que es compromiso de esta Institución, aceptar lo estipulado en la norma.

Con sentimientos de estima y consideración, me suscribo.

Atentamente,

Firma y sello correspondiente

Responsable del subsistema

ANEXO 2: CERTIFICADO MEDICO ESPECIALISTA

HOJA MEMBRETADA DEL HOSPITAL
Quito, XX de XXX de XXXX
Nro. Certificado: XXXXXXXX

CERTIFICADO 01

MÉDICO ESPECIALISTA

Yo, _____ (nombres y apellidos completos),
profesional de la salud con número de registro _____ y, Médico Especialista en
_____ del _____ Hospital
_____, certifico que
_____ (nombres y apellidos
completos) con CC: _____, de _____ años de edad, es paciente de este
servicio desde _____ y presenta el siguiente diagnóstico:

DIAGNÓSTICO 1:	CIE 10:	
DIAGNÓSTICO 2:	CIE 10:	

Y requiere el siguiente manejo terapéutico/procedimiento:

MANEJO TERAPÉUTICO/PROCEDIMIENTO:
JUSTIFICACIÓN TÉCNICA DE NECESIDAD DE MANEJO TERAPÉUTICO/PROCEDIMIENTO:

Firma y sello correspondiente

Dr. _____

ANEXO 3: CERTIFICADO DIRECTOR MEDICO

HOJA MEMBRETADA DEL HOSPITAL
Quito, XX de XXX de XXX.
Nro. Certificado: XXXXXXXX

CERTIFICADO 02
Director Médico

Yo, _____ (nombres y apellidos completos),
en mi calidad de Director Médico del Hospital
_____, ante el pedido del Doctor
_____ de atención al paciente:
_____ (nombres y apellidos completos),
certifico que en este establecimiento de salud no se realiza el siguiente tratamiento
terapéutico/procedimiento:

MANEJO TERAPÉUTICO/PROCEDIMIENTO:

**JUSTIFICACIÓN PARA LA NO REALIZACIÓN DE MANEJO
TERAPÉUTICO/PROCEDIMIENTO:**

Firma y sello correspondiente

Director Médico

ANEXO 4: FORMULARIO INDOT- RTH-01



FORMULARIO INDOT-RTH-01



REGISTRO PARA PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEMATOPOYÉTICO

Solicitud de ingreso	
Hospital de Procedencia <i>(si corresponde a un hospital del IESS, ISSFA, ISPOL, por favor adjunte la documentación del beneficiario o afiliado principal):</i> _____	
Fecha de solicitud: _____	
Coordinador de trasplante: _____	Código: _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR

Nombres y Apellidos: _____		
Edad: _____	N.- Cédula: _____	Nacionalidad: _____
Dirección: _____	Teléfono: _____	Email: _____
Provincia: _____	Cantón: _____	
Persona de referencia: _____		
Relación de parentesco: _____		
Dirección: _____	Teléfono: _____	Email: _____

DATOS CLÍNICOS DEL RECEPTOR

Diagnóstico: _____	CIE 10: _____	
Remisión Completa: <input type="checkbox"/>	Remisión Parcial: <input type="checkbox"/>	No respuesta: <input type="checkbox"/>
Peso: _____	Talla: _____	SC/m²: _____

Resumen clínico relevante: *(describa la situación clínica al debut de la enfermedad paciente candidato a trasplante hematopoyético, adjunte los estudios, según corresponda (mielograma, citometría de flujo, estudio citogenético, estudio de líquido cefalorraquídeo, estudio genético molecular, biopsia de médula, biopsia ganglionar) y defina los factores de riesgo que permiten la indicación de trasplante de progenitores hematopoyéticos:*

Defina el estatus actual del paciente candidato a trasplante Hematopoyético: *(consiste en determinar la condición clínica del paciente previo al trasplante, por favor incluya los estudios que corresponda (hemograma, química sanguínea completa, test de hemostasia, grupo sanguíneo, mielograma, citometría de flujo para enfermedad mínima residual, estudio de líquido cefalorraquídeo, estudio citogenético, estudio genético molecular para enfermedad mínima residual, biopsia de médula, biopsia ganglionar, estudios de imagen, serología viral hepatitis B y C, HIV, CMV, Epstein Barr, PPD, estudios de cinética de hierro: Hierro sérico, Índice de saturación de la transferrina, transferrina, ferritina):*

En caso de Aplasia Medular, Anemia de Fanconi y Síndrome Mielodisplásico describa la historia transfusional *(número de transfusiones, tipo de componente, si fueron irradiados y filtrados, etc):*

REGISTRO DEL TIPO DE TRASPLANTE

AUTÓLOGO: <input type="checkbox"/>		
ALOGÉNICO:	Relacionado:	No Relacionado:
	Sangre Periférica <input type="checkbox"/>	Sangre Periférica <input type="checkbox"/>
	Médula Ósea <input type="checkbox"/>	Médula Ósea <input type="checkbox"/>

	Cordón Umbilical <input type="checkbox"/>	Cordón Umbilical <input type="checkbox"/>
--	---	---

ESTUDIO DE HISTOCOMPATIBILIDAD (HLA)
Alta Resolución:
Fenotipo Receptor:
Fenotipo Donante compatible:
*Fenotipo Donante no compatible:
*Fenotipo Donante no Compatible:
*Fenotipo Donante no Compatible:
*Fenotipo Donante no Compatible:

**Se requiere fenotipo de donantes no compatibles (padres, hermanos, otros) por registro nacional de posibles donantes HLA*

DATOS DE IDENTIFICACION DEL DONANTE
--

Nombres y Apellidos:		
Edad:	N.- Cédula:	Nacionalidad:
Dirección:	Teléfono:	Email:
Provincia:	Cantón:	
Persona de referencia:		
Relación de parentesco:		
Dirección:	Teléfono:	Email:

CERTIFICACION
<p>Certificamos que: el (Sr, Sra, Stra, Niño) _____ de _____ años de edad, con número de cédula _____ se encuentra apto para recibir trasplante hematopoyético de donador _____ y se ha realizado todos los estudios pre-trasplante necesarios para su registro y evaluación por las unidades hospitalarias acreditadas por el INDOT para este tipo de trasplante.</p> <p align="center">Atentamente,</p> <p>_____</p> <p>Médico/a Tratante</p> <p>_____</p> <p>Coordinador de Trasplante</p>

**FORMULARIO INDOT-RTH-01
REGISTRO PARA PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEMATOPOYÉTICO**

ANEXO 5: CARTA COMPROMISO ENTRE EL BENEFICIARIO Y EL MSP

CARTA COMPROMISO

En la ciudad de Quito Distrito Metropolitano, a los ___ días del mes de _____ de _____, comparece el/la señor/a _____ portador/a de la cédula de ciudadanía No. _____, en su calidad de _____ y/o representante legal de _____.

La Unidad de Gestión de Pacientes de la Red de la Dirección Nacional de Articulación habiendo recibido el caso No. _____ que corresponde al paciente _____, quién fue referido por el/la doctor/a _____, en su calidad de Director/a Médico del Hospital _____; quien certifica que el paciente _____ presenta el diagnóstico de _____ cuyo tratamiento debe realizarse en el Hospital _____ de la ciudad de _____.

Con oficio No. _____ de fecha ___ de _____ de _____, el/la Señor/a _____, Subsecretaria/o Nacional de Gobernanza de Salud Pública, informa a e/la Doctor/a _____, Director/a Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública, que el/la paciente _____, ecuatoriano/a de ___ años de edad, con diagnóstico médico de _____ quién necesita de manera urgente y sea intervenido/a quirúrgicamente, en el Hospital _____ de la ciudad de _____: en reunión mantenida el ___ de _____ de _____ de Comité Técnico de Gestión de Pacientes con Enfermedades Catastróficas (CTGPEC), APROBO, brindar el apoyo económico para el/la paciente y su acompañante con la compra de boletos aéreos, subsistencias, hospedaje y movilización del paciente y de su acompañante, que por lo expuesto solicita se realice el trámite pertinente correspondiente al ámbito de su competencia, con la finalidad de que la paciente reciba atención necesaria.

Mediante oficio No. _____ de fecha ___ de _____ de _____, el/la Doctor/a _____, Director/a Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública, solicita a el/la doctor/a _____ Coordinador de la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación la elaboración de la carta compromiso relacionada al Caso de cobertura internacional No. _____, en el que se detalla los valores a ser cubiertos por la unidad.

El/la señor/a _____ se compromete en forma libre y voluntaria a cumplir con las disposiciones emitidas por el Ministerio de Salud Pública (MSP) y a recabar la toda la información necesaria que justifique los gastos incurridos por él en el exterior.

El/la señor/a _____ en su calidad de _____ y/o representante legal de el/la paciente _____, se compromete a utilizar los fondos entregados por el Ministerio de Salud Pública, como ayuda económica, en la hospedaje, movilización y alimentación de el/la beneficiario/a de cobertura internacional por parte del MSP.

En el caso de requerirse otros servicios fuera del hospital como: exámenes, medicamentos y otros insumos, etc. deberá solicitar las facturas respectivas a nombre del Ministerio de Salud Pública con número de RUC: 1760001120001, teléfono (593) 3814-400.

El/la señor/a _____ en su calidad de _____ y/o representante legal de el/la paciente _____ se compromete a entregar a la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación la siguiente documentación a su retorno:

Pases de abordar de boletos aéreos (ida y vuelta)

Facturas de alimentación

Factura de alojamiento

Igualmente el/la señor/a _____, declara de forma libre y voluntaria, que la valoración y tratamiento al que será sometido/a el paciente _____ será de entera responsabilidad, por lo que asumirá el riesgo que se ocasionen o llegará a ocasionarse por dicha valoración y tratamiento, sin que al respecto tengan que realizar reclamo alguno al Ministerio de Salud Pública del Ecuador y a la Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y Red Pública, y a las instituciones que conforman la Red Pública Integral de Salud.

De igual forma garantiza la veracidad de la información otorgada por su parte al Ministerio de Salud Pública, para lo cual, en caso de ser necesario autoriza a dicha institución la verificación de la documentación entregada por su parte.

Queda expresamente establecido que el MSP no se responsabiliza por el servicio prestado por el Hospital _____, así como también de los resultados obtenidos de la valoración.

Adicionalmente se compromete a regresar al país con toda la documentación original del tratamiento, para los justificativos pertinentes.

El Ministerio de Salud Pública se reserva el derecho de seguir las acciones legales pertinentes en caso de que el/la señor/a _____, incumpla con el compromiso determinado en el presente documento.

NOMBRE:

CC:

Grupo de redacción y elaboración

Juan Sánchez, Director Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública

Sergio Carrasco, Consultor

Sonia Díaz Salas, Asesora Ministerial

Patricia Paredes, Analista

Indira Proaño, Analista

Olga Peña, Analista

Diego Borja, Analista

Grupo de revisión

Elisa Jaramillo, Coordinadora General de Asesoría Jurídica

Patricia Granja, Asesora Ministerial

Nildha Villacrés, Asesora Ministerial

Paola Rodríguez, Directora Nacional Financiera

Esteban Luzuriaga, Director Nacional Administrativo

Gabriela Aguinaga, Directora Nacional de Normatización

Darío Medranda, Consultor

Daniel de La Torre, Director Nacional de Cooperación y relaciones Internacionales

Grupo de aprobación

Miguel Malo, Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud Pública

Francisco Vallejo, Subsecretario Nacional de Gobernanza de la Salud Pública

2013



Ministerio
de **Salud Pública**

PROCEDIMIENTOS PARA LA PRESTACION Y ASIGNACIÓN DE PRESTADORES DEL SERVICIO DE DIALISIS

SUBSECRETARÍA NACIONAL
DE GOBERNANZA DE LA
SALUD PÚBLICA
(Primera edición)
Agosto 2013

No. 00004196

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

- Que;** la Constitución de la República del Ecuador manda: "Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.";
- Que;** el Art. 361 de la Norma Suprema ordena: "El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.";
- Que;** la Ley Orgánica de Salud dispone: "Art. 4. La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.";
- Que;** el Art. 6 de la Ley Ibidem prescribe: "Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: (...) 34. Cumplir y hacer cumplir esta Ley, los reglamentos y otras disposiciones legales y técnicas relacionadas con la salud, (...)";
- Que;** el Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública, emitido mediante Acuerdo Ministerial No. 00001034 de 1 de noviembre de 2011, establece como Misión de la Dirección Nacional de Normatización definir normas, manuales de protocolos clínicos, protocolos terapéuticos, protocolos odontológicos y guías de manejo clínico, por ciclos de vida y niveles de atención, así como de procesos de organización y gestión;
- Que;** es necesario regular los procedimientos de ingreso de los pacientes que presenten insuficiencia renal crónica terminal y que requieran de diálisis (hemodiálisis o diálisis peritoneal) a los prestadores del servicio de diálisis, teniendo en consideración el bienestar del usuario; y,
- Que;** mediante memorando Nro. MSP-DNN-2013-1036-M de 1 de agosto de 2013, la Directora Nacional de Normatización, Encargada, solicita la elaboración del presente Acuerdo Ministerial.

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES LEGALES CONFERIDAS POR LOS ARTÍCULOS 151 Y 154, NUMERAL 1 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y POR EL ARTÍCULO 17 DEL ESTATUTO DEL RÉGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA

1

ACUERDA:

- Art. 1.-** Aprobar y autorizar la publicación del documento denominado: **"PROCEDIMIENTOS PARA LA PRESTACION Y ASIGNACIÓN DE PRESTADORES DEL SERVICIO DE DIALISIS"**, mismo que ha sido elaborado por la Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública y por la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, bajo la coordinación de la Dirección Nacional de Normatización.
- Art. 2.-** Publicar el citado documento a través de la página web del Ministerio de Salud Pública.
- Art. 3.-** Disponer que la aplicabilidad del documento denominado: **"PROCEDIMIENTOS PARA LA PRESTACION Y ASIGNACIÓN DE PRESTADORES DEL SERVICIO DE DIALISIS"**, sea a nivel nacional, como una normativa del Ministerio de Salud Pública de carácter obligatorio para el Sistema Nacional de Salud (Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria).
- Art. 4.-** De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial, que entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud y a la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública.

DADO EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO a, **03 SET. 2013**


Carina Vance Mafla
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA



	Nombre	Área	Cargo	Sumilla
Revisado	Dra. Elisa Jaramillo	Coordinación General de Asesoría Jurídica	Coordinadora General	
	Abg. Isabel Ledesma		Directora Nacional de Consultoría Legal	
Elaborado	Dra. Elina Herrera	Dirección Nacional de Consultoría Legal	Analista	
Aprobado	Dr. Miguel Malo	Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud	Viceministro	
Aprobado	Dr. Francisco Vallejo	Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública	Subsecretario Nacional	
Aprobado	Ing. Jorge Carrillo Giler	Dirección Nacional Administrativo Financiero	Director Nacional	
Solicitado y Aprobado	Dra. Gabriela Aguinaga	Dirección Nacional de Normatización	Directora Nacional, Encargada	

CONTENIDO

I.	PROPOSITO.....	204
II.	ALCANCE	204
III.	USUARIOS DEL DOCUMENTO	204
IV.	DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO	205
1.	PROCEDIMIENTO EXTERNO DE INCLUSIÓN DE USUARIOS PARA LA PRESTACIÓN DE DIÁLISIS	205
2.	PROCEDIMIENTO INTERNO DE INCLUSIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL (IRCT) EN LA UNIDAD DE GESTIÓN DE PACIENTES DE RED ZONAL	206
3.	PROCESO INTERNO DE SELECCIÓN Y ASIGNACIÓN DE PRESTADORES DE SALUD EN DIÁLISIS	207
3.1.	Selección y asignación de usuarios en hemodiálisis en las Coordinaciones Zonales	207
3.2.	Asignación de usuarios en diálisis peritoneal	208
4.	PROCEDIMIENTO A EFECTUARSE EN EL PRESTADOR	209
4.1.	Procedimiento en hemodialis	209
4.2.	Procedimiento en dialisis peritoneal	209
4.2.1.	Plazo y lugar de entrega	210
4.2.2.	Condiciones de entrega.....	211
4.2.3.	Procedimiento post entrega de insumos y atención de diálisis peritoneal.....	212
5.	APÉNDICES	213
5.1.	Diagrama de flujo de Diálisis	213
5.2.	Diagrama de flujo de Selección, asignación y prestación de Diálisis Peritoneal.....	214
5.3.	Diagrama de flujo de Selección, asignación y prestación de Hemodiálisis.....	215

PROCEDIMIENTOS PARA LA PRESTACION Y ASIGNACIÓN DE PRESTADORES DEL SERVICIO DE DIALISIS

I. PROPOSITO

El siguiente instructivo servirá para regular los procedimientos de ingreso de los usuarios que presenten insuficiencia renal crónica terminal y que requieren el servicio de diálisis (hemodiálisis o diálisis peritoneal).

De la misma manera, normatizar la asignación de los prestadores de servicios de diálisis con un trato igualitario y sobre todo tomando en consideración el bienestar del paciente tanto en disminución del tiempo de desplazamiento de su lugar de residencia o de trabajo mediante georeferenciación, como disminución en gastos de bolsillo.

II. ALCANCE

El presente instructivo se aplica desde el momento de diagnóstico y requerimiento de diálisis por parte del paciente hasta el momento de asignación del prestador y presentación de documentos habilitantes de pago por el servicio brindado.

El mismo se encuentra dirigido a viabilizar las atenciones a las y los usuarios con insuficiencia renal crónica terminal y que necesiten un procedimiento médico de alta complejidad como hemodiálisis o diálisis peritoneal.

III. USUARIOS DEL DOCUMENTO

El presente instructivo será de aplicación obligatoria por los funcionarios del Ministerio de Salud Pública involucrados en la atención y gestión de usuarios de la RPIS y RPC a nivel zonal y central.

IV. DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

1. PROCEDIMIENTO EXTERNO DE INCLUSIÓN DE USUARIOS PARA LA PRESTACIÓN DE DIÁLISIS

Este procedimiento se lleva a cabo con las y los usuarios que han sido diagnosticados de enfermedad renal crónica terminal y que por su estado de salud requieran diálisis; como requisito inicial, las y los usuarios deben ser evaluados y diagnosticados en los establecimientos de salud de segundo y tercer nivel del Ministerio de Salud Pública.

El requerimiento de diálisis deberá presentarse utilizando el formulario 053 (referencia /contrareferencia) y el formulario de epicrisis donde se incluirá: datos completos de filiación (inclúyase dirección y número telefónico de contacto), antecedentes, resumen del cuadro clínico, diagnósticos, exámenes confirmatorios, estado y pronóstico del usuario, procedimientos y terapéutica sugerida; este formulario deberá tener nombre, firma y sello del médico especialista solicitante; el profesional decidirá, en conjunto con el usuario, cual procedimiento terapéutico será el recomendado para su caso, es decir hemodiálisis o diálisis peritoneal el cual debe explicitarse en el requerimiento.

En el caso de hemodiálisis, los usuarios deberán ser sometidos a la colocación del catéter endovenoso y/o confección de fistula arterio venosa previo a la selección del prestador; para el caso de diálisis peritoneal, la confección del acceso será realizada posterior a la asignación del prestador debido al tipo de catéter, adaptador y líneas utilizadas por el mismo, procedimientos que serán responsabilidad del establecimiento de salud requiriente, en caso de no existir capacidad resolutive se manejará el requerimiento mediante el proceso de derivación vigente.

El establecimiento de Salud requirente registrará los datos del usuario en el sistema informático de gestión de pacientes y escaneará el documento generado por el médico especialista (epicrisis), este formulario será enviado de manera digital a la Unidad de Gestión de Pacientes de Red Zonal correspondiente.

Los pasos a seguir son:

1. Atención de usuarios en los establecimientos de salud de ingreso a nivel nacional.
2. Procesos necesarios para diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica Terminal y determinación de necesidad de diálisis.
3. Determinación conjunta entre paciente y médico del tipo de diálisis requerida (hemodiálisis o diálisis peritoneal).
4. Elaboración de formulario 053 y epicrisis completa.
5. Ingreso de datos del paciente y escaneo de epicrisis por parte del establecimiento de salud, a la Unidad de Gestión de Pacientes de Red Zonal, mediante el sistema informático para el efecto.

2. PROCEDIMIENTO INTERNO DE INCLUSIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL (IRCT) EN LA UNIDAD DE GESTIÓN DE PACIENTES DE RED ZONAL

Una vez recibido el requerimiento, el médico de Gestión de Pacientes de Red de la Zona correspondiente, procederá a verificar los derechos de atención en los otros subsistemas que conforman la Red Pública Integral de Salud, si el paciente tiene derecho de atención en otro subsistemas de la RPIS, se realizará la derivación al subsistema correspondiente mediante oficio en el cual se anexará copia de epicrisis, para que se de continuidad al proceso de cobertura por parte del subsistema.

Si el usuario no pertenece a ninguno de los subsistemas de la RPIS, realizará el análisis y aprobación o no del caso, llenará el registro de prestaciones, se asignará un código de atención y se evaluará el tipo de diálisis solicitada, de la misma manera, se seleccionará y asignará al prestador correspondiente, que debe estar debidamente licenciado y/o calificado, dependiendo del tipo de diálisis que presten y que requiera el usuario (el procedimiento de asignación de prestador se desarrolla posteriormente).

Una vez realizado el proceso de selección y asignación, se comunicará mediante el orden de servicio al prestador de diálisis asignado, el mismo que coordinará con el usuario el inicio del proceso de atención y comunicará a la Unidad de Gestión de Pacientes de Red Zonal correspondiente.

De la misma manera la Unidad de Gestión de Pacientes de Red Zonal correspondiente comunicará al hospital y al usuario sobre el prestador asignado y agendamiento realizado, con lo cual se inicia el seguimiento de la atención de salud y la auditoría médica de terreno requerida.

Los pasos a desarrollarse son:

1. Recepción digital de la información y documentación habilitante completa.
2. Verificación de derechos de cobertura en los distintos subsistemas de RPIS:
 - a. Si el usuario tienen derechos en los otros subsistemas de RPIS, se remite al subsistema correspondiente (IESS, ISSFA, ISSPOL).
 - b. Si el usuario no tiene derechos en los otros subsistemas RPIS se procede a cobertura del Ministerio de Salud Pública.
3. Análisis, aprobación y registro del caso.
4. Selección y asignación de prestador debidamente licenciado y/o calificado, mediante proceso específico.
5. Emisión y envío de la orden de servicio al prestador asignado y agendamiento.
6. Comunicación al hospital y usuario del tratamiento a recibir.
7. Seguimiento de la atención de salud y auditoría médica de terreno.

3. PROCESO INTERNO DE SELECCIÓN Y ASIGNACIÓN DE PRESTADORES DE SALUD EN DIÁLISIS

En este proceso es importante considerar el tipo de servicio de diálisis a brindar, es decir hemodiálisis o diálisis peritoneal.

Para hemodiálisis es necesaria la dirección domiciliaria (verificar con cartilla de servicios básicos) en el caso de usuarios que no laboran y dirección del sitio de trabajo en casos de usuarios que laboran con el objetivo de disminuir los desplazamientos largos, procurar la adhesión al tratamiento y terapéutica; y, disminución del gasto de bolsillo.

Para diálisis peritoneal son condicionantes: la cobertura geográfica del prestador, características habilitantes de la vivienda, la capacitación que se brinde al usuario, familiares y personal de salud.

En los 2 casos se realizará:

- a. Recepción del formulario 053 y epicrisis, verificación de derechos.
- b. Análisis del tipo de diálisis a realizarse.
- c. Identificación del lugar de domicilio (cartilla de servicios básicos) y/o de trabajo.
- d. Georeferenciación del usuario.
- e. Georeferenciación de la dializadora.
- f. Selección de prestadores de salud en diálisis.
- g. Asignación de prestadores de salud en diálisis.
- h. Comunicación a los actores involucrados.

3.1. SELECCIÓN Y ASIGNACIÓN DE USUARIOS EN HEMODIÁLISIS EN LAS COORDINACIONES ZONALES

Una vez que se ha realizado la georeferenciación del usuario, en relación a su lugar de domicilio (verificar cartilla de servicios básicos) o de trabajo, se procederá a la identificación de los prestadores de servicios de diálisis licenciados y/o calificados que se encuentren más cercanos al usuario, se deberá tomar en cuenta que el tiempo de desplazamiento ideal del usuario deberá ser menor a 30 minutos.

Si existe un solo prestador cercano y existe la disponibilidad o capacidad de cobertura se realizará la asignación del mismo.

Si existen 2 o más prestadores cercanos la selección se realizará según cupo o capacidad de atención, asignando un usuario de forma alternada entre los prestadores (asignación uno a uno), con el fin de distribuir usuarios igualmente entre todos los prestadores.

En el caso que no existan prestadores cercanos se verá dentro de su distrito, mediante una asignación de uno en uno entre los prestadores que se encuentren más cercanos al lugar donde se encuentre el usuario (domicilio o lugar de trabajo).

En el caso de no existencia de prestadores de salud en su distrito se designará en la dializadora más cercana de una manera provisional hasta que se cuente con espacio físico en dializadoras de su distrito, priorizando la designación a nivel zonal.

En todos los casos se tendrá que registrar el proceso de selección y asignación en el formulario electrónico de priorización de dializadoras.

En resumen se podría describir los siguientes pasos:

1. Selección y asignación dependiendo de lugar de domicilio (cartilla de luz, agua o teléfono) o del trabajo del usuario y la distancia de desplazamiento.
2. Selección y asignación dependiendo de cupo o capacidad de atención.
3. Asignación de uno en uno si existen 2 o más prestadores cercanos.
4. Asignación provisional en los casos que no exista disponibilidad en dializadoras de su distrito.
5. Registro en el formulario electrónico de priorización de dializadoras.

3.2. ASIGNACIÓN DE USUARIOS EN DIÁLISIS PERITONEAL

En el caso que los usuarios requieran diálisis peritoneal se debe tomar en consideración la cobertura del prestador (geográfica y logística), los prestadores de servicios de diálisis peritoneal serán los responsables del suministro de catéteres peritoneales e insumos necesarios así como la capacitación en el manejo y cuidado general de la enfermedad, realización del procedimiento de diálisis, manejo de accesos (catéteres y líneas de conexión) y equipos para diálisis peritoneal al usuario, familiares y personal de salud.

Es importante mencionar que la entrega de los insumos y suministros a los usuarios será responsabilidad de los prestadores de servicios de diálisis peritoneal mediante el sistema de *Home Delivery*.

Una vez que se ha realizado la selección en base a la georeferenciación del usuario en relación a su lugar de domicilio y cobertura del prestador, se procederá a la asignación del prestador de servicios de diálisis peritoneal licenciado y/o calificado.

Si existe un solo prestador que brinde atención de acuerdo a su cobertura y cumplimiento de las condiciones previas, se realizará la asignación del mismo.

Si existen 2 o más prestadores que brinde atención y tengan cobertura de acuerdo al lugar de domicilio del usuario se procederá a la asignación de uno en uno, esta designación se realizará con el fin de distribuir usuarios igualmente a todos los prestadores.

En todos los casos se tendrá que registrar en el formulario de priorización electrónica de dializadoras.

En resumen se podría describir los siguientes pasos:

1. Selección y asignación dependiendo del área de cobertura del prestador de servicios de diálisis peritoneal.
2. Asignación de uno en uno si existen 2 o más prestadores que puedan brindar dicho servicio según su cobertura.
3. Registro en el formulario electrónico de priorización de dializadoras.

4. PROCEDIMIENTO A EFECTUARSE EN EL PRESTADOR

El prestador de servicios de diálisis receptorá la orden de servicio emitida por la Unidad de Gestión de Pacientes de Red Zonal, siendo este el único habilitante para la prestación de servicios de diálisis de manera no emergente.

4.1. PROCEDIMIENTO EN HEMODIALISIS

Los prestadores de servicios de hemodiálisis, una vez notificados, procederán a agendar la atención, registrar y contactar al usuario derivado para el inicio de la atención integral, del mismo modo comunicará a la Unidad de Gestión de Pacientes de Red Zonal, el agendamiento e inicio de la atención de salud.

La responsabilidad primaria de agendamiento y contacto al usuario será del prestador asignado, sin embargo este deberá comunicar a la Unidad de Gestión de Pacientes de Red Zonal, quien realizará la coordinación entre los diferentes actores (usuario, hospital y prestador) e iniciará el seguimiento de la prestación.

El prestador de manera mensual elaborará el planillaje de liquidación o reclamo de pago de las atenciones integrales brindadas a los usuarios en hemodiálisis y entregará los respaldos (expedientes) a la Unidad de Control Técnico Médico Zonal correspondiente para continuar con el procedimiento de revisión documental, auditoría médica de la calidad de la facturación y liquidación para proceder al pago.

Los documentos habilitantes para el pago de las prestaciones serán los estipulados en el Instructivo para la Viabilidad en la Atención de Salud en Unidades de la Red Pública Integral de Salud y en la Red Privada Complementaria de prestadores de servicios de salud vigente.

4.2. PROCEDIMIENTO EN DIALISIS PERITONEAL

El prestador de servicios de diálisis peritoneal, receptorá la orden de servicio emitida por la Unidad de Gestión de Pacientes de Red Zonal, siendo éste el único habilitante para la prestación de servicios de diálisis peritoneal.

El prestador deberá proveer del catéter, los adaptadores y las líneas necesarias para que el establecimiento de salud realice la colocación de acceso peritoneal al usuario; en el caso que el establecimiento de salud no se encuentre en capacidad de realizar dicho procedimiento, la Unidad de Gestión de Pacientes de Red Zonal será la responsable de la derivación del usuario para la realización del procedimiento según el manual de derivación de usuarios vigente, pudiendo el prestador de servicios de diálisis asignado realizar dicho procedimiento en caso de poseer la capacidad técnica para su realización.

La responsabilidad primaria de agendamiento y contacto al usuario para diálisis peritoneal será del prestador asignado, sin embargo este deberá comunicar a la Unidad de Gestión de Pacientes de Red Zonal, quien realizará la coordinación entre los diferentes actores (usuario, hospital y prestador) e iniciará el seguimiento de la prestación.

El prestador gestionará la entrega de los requerimientos de atención integral y de los bienes solicitados, en la orden de servicio realizada, a los beneficiarios, familiares directos o su representante mediante el sistema *home delivery*, o en las bodegas o farmacias de las Unidades de Salud del MSP, autorizadas para el efecto.

El procedimiento para gestión de entrega del requerimiento tendrá los siguientes puntos:

4.2.1. Plazo y lugar de entrega

1. Una vez asignado el prestador, se coordinará la confección y colocación del acceso peritoneal, el prestador iniciará con la evaluación del lugar de realización de diálisis peritoneal (espacio físico y condiciones en el hogar) y capacitación al usuario y familiares.
2. La primera entrega para el usuario la realizará el prestador dentro de los 7 (siete) días hábiles a partir de que reciba la orden de servicio.
3. Será responsabilidad del prestador garantizar, mediante entregas oportunas y subsecuentes, el abastecimiento de insumos para la terapia, debiendo verificar las existencias de los bienes entregados en el domicilio del usuario, cuantificando su equivalencia en días de terapia, e informando a la Unidad de Gestión de Pacientes de Red Zonal en el caso de comprobarse que no se utilizan los insumos acorde a prescripción e indicación médica.
4. La entrega de los bienes se realizará directamente en los domicilios de los usuarios que requieren diálisis peritoneal. En el caso de requerimientos para necesidades en Unidades Hospitalarias la entrega de los bienes se hará directamente en las farmacias o bodegas de cada una de las Unidades de Salud del MSP.
5. Los bienes a entregar a los usuarios, serán de acuerdo a las prescripciones de los médicos responsables y que constaren en las órdenes de servicios emitidas para el efecto (Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos).

6. Los bienes a suministrar en las bodegas y en los domicilios de los beneficiarios, constarán en las respectivas Actas de Entrega Recepción, en las cuales deberá constar las firmas, nombres completos y números de cédula de ciudadanía del usuario y de su familiar directo o representante; en el caso de Unidades Hospitalarias deberán ir con firma de personal de bodega y sello institucional.
7. Según las necesidades del usuario, sin costo alguno, previo acuerdo de las partes y bajo conocimiento de la Unidad de Gestión de Pacientes de Red Zonal, se podrá modificar el lugar de entrega de los bienes.

4.2.2. Condiciones de entrega

1. El transporte integral (carga, descarga, movilización y entrega) de los bienes, serán a cargo del prestador, así como el aseguramiento de los bienes, hasta que estos sean recibidos a conformidad por el usuario.
2. El prestador obtendrá en cada entrega, la firma del usuario, familiar directo o representante, en el Acta de Entrega Recepción o bien, en el caso de no encontrarse ninguno de ellos, el prestador deberá notificar y hacer entrega en la farmacia del establecimiento de salud del MSP al que esté adscrito el usuario, con el mismo procedimiento de entrega en unidades hospitalarias.
3. Al entregar los bienes en los domicilios de los usuarios, en el Acta de Entrega Recepción, el prestador deberá incluir datos de:
 - El número de orden de servicio.
 - Nombres de las personas que intervienen en la entrega recepción.
 - Detalle de los insumos, fecha de caducidad, número de lote y cantidades de los mismos entregados.
 - Costos unitarios y valor total de la orden entregada.
 - Días de terapia que cubre la entrega especificando fechas de inicio y finalización.
4. Durante la entrega recepción de los bienes, estos podrán estar sujetos a una verificación visual aleatoria, con objeto de revisar que se entreguen estrictamente conforme a las especificaciones, descripciones, presentaciones y demás características requeridas en la prescripción y orden de servicio.
5. El prestador será responsable del cambio de materiales e insumos que se encuentren cercanos a cumplir su fecha de caducidad con el objetivo de mantener una provisión constante e ininterrumpida de los requerimientos del usuario de diálisis peritoneal.

4.2.3. Procedimiento post entrega de insumos y atención de diálisis peritoneal

Una vez dada la provisión de insumos/fármacos y realizada las atenciones en salud pertinentes, el prestador mensualmente realizará el reclamo de pago, revisión documental del expediente presentado por el prestador de servicios de salud.

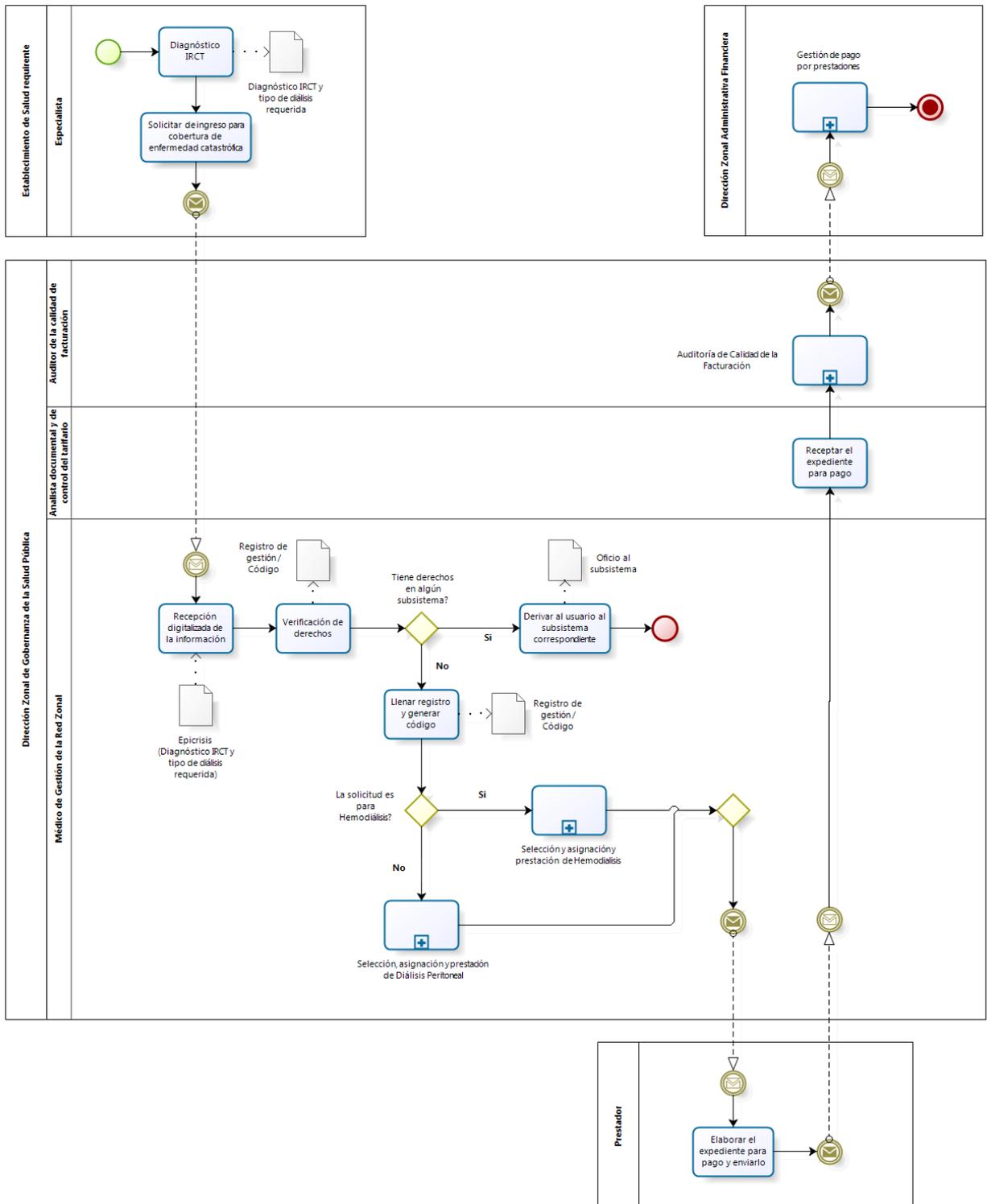
El prestador de manera mensual elaborará el planillaje de liquidación o reclamo de pago de las atenciones integrales brindadas a los usuarios en diálisis peritoneal y entregará los respaldos (expedientes) a la Unidad de Control Técnico Médico Zonal. Si la documentación habilitante se encuentra completa, se iniciará el proceso de control técnico médico y liquidación para revisión de pertinencia médica y control de tarifas previo al proceso de pago.

Si la documentación habilitante se encuentra incompleta, se regresará el expediente al prestador y deberá presentarla completa para continuar con el proceso correspondiente.

Los documentos habilitantes para el pago de las prestaciones serán los estipulados en el Instructivo para la Viabilidad en la Atención de Salud en unidades de la Red Pública Integral de Salud y en la Red Privada Complementaria de prestadores de servicios de salud vigente.

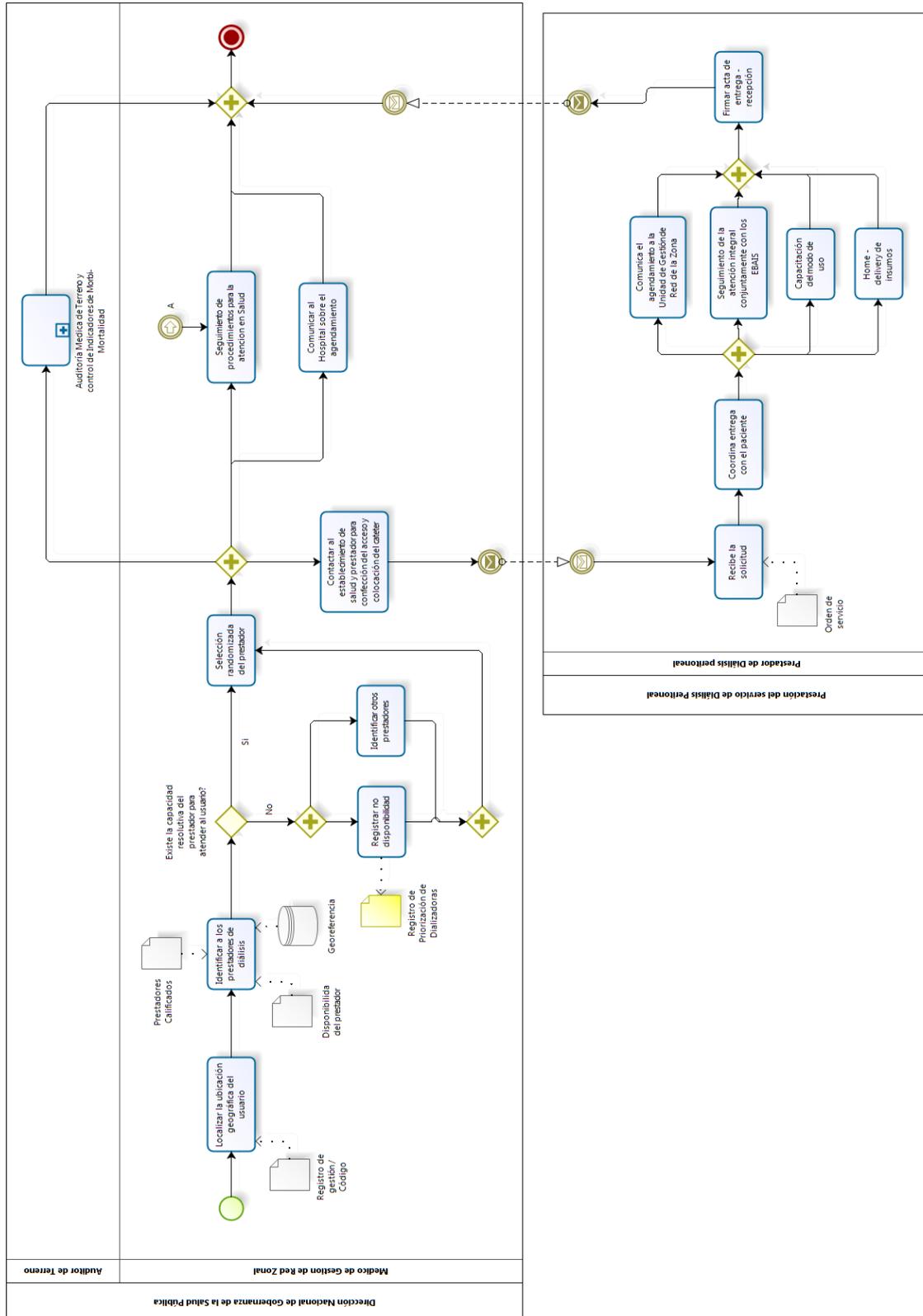
5. APÉNDICES

5.1. Diagrama de flujo de Diálisis



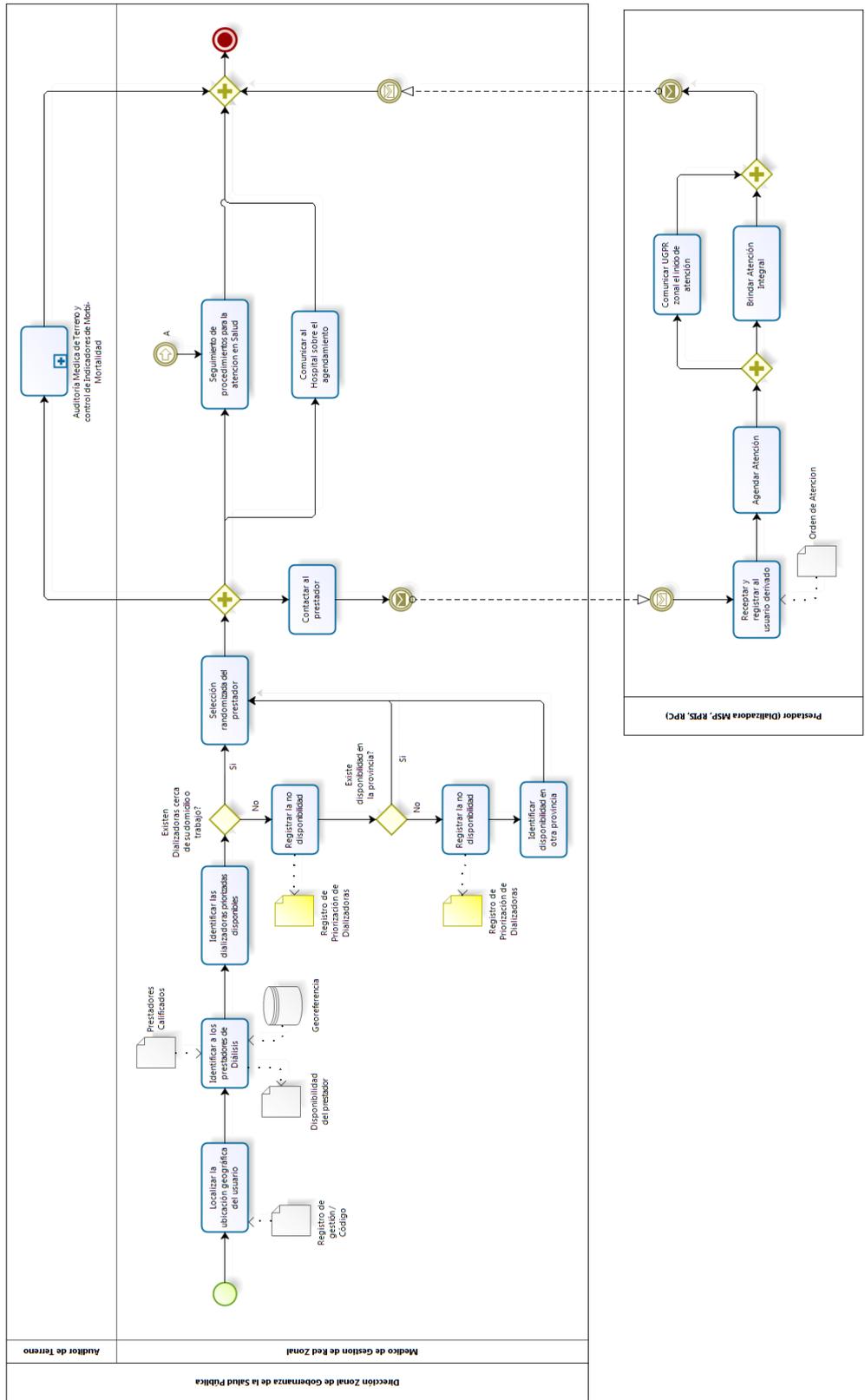
Elaborado: Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública
 Revisado: Dirección Nacional de Gestión de Procesos

5.2. Diagrama de flujo de Selección, asignación y prestación de Diálisis Peritoneal



Elaborado: Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública
 Revisado: Dirección Nacional de Gestión de Procesos

5.3. Diagrama de flujo de Selección, asignación y prestación de Hemodiálisis



Elaborado: Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública
 Revisado: Dirección Nacional de Gestión de Procesos

El presente documento es de autoría total de los elaboradores.

Grupo de redacción y elaboración

Sergio Carrasco, Consultor
Patricia Paredes, Analista
Diego Borja, Analista

Grupo de revisión

Elisa Jaramillo, Coordinadora General de Asesoría Jurídica
Patricia Granja, Asesora Ministerial
Nildha Villacrés, Asesora Ministerial
Paola Rodríguez, Directora Nacional Financiera
Juan Sánchez, Director Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública
Gabriela Aguinaga, Directora Nacional de Normatización
Daniel de La Torre, Analista de la Dirección Nacional de Cooperación y Relaciones Internacionales
Darío Medranda, Consultor

Grupo de aprobación

Miguel Malo, Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud Pública
Francisco Vallejo, Subsecretario Nacional de Gobernanza de la Salud Pública