

REGLAMENTO PARA ATENCION DE SALUD INTEGRAL Y EN RED DE LOS ASEGURADOS

Resolución del IESS 308
Registro Oficial Suplemento 173 de 16-abr.-2010
Ultima modificación: 22-nov.-2011
Estado: Vigente

EL CONSEJO DIRECTIVO DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Considerando:

Que, el artículo 360 de la Constitución de la República del Ecuador en relación al sistema de salud, establece: "El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman,... 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";

Que, la Carta Magna en su artículo 367 señala que: "el sistema de seguridad social es público y universal, no podrá privatizarse y atenderá las necesidades contingentes de la población. La protección de las contingencias se hará efectiva a través del seguro universal obligatorio y de sus regímenes especiales. Que el sistema se guiará por principios del sistema nacional de inclusión y equidad social, obligatoriedad, suficiencia, integración, solidaridad y subsidiariedad";

Que, el artículo 368 de la Constitución dispone que el sistema de seguridad social funciona con base en criterios de sostenibilidad, eficiencia, celeridad y transparencia;

Que, el artículo 370 de la Constitución expresa que: "El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, entidad autónoma regulada por ley, será responsable de la prestación de las contingencias del seguro universal obligatorio a sus afiliados";

Que, la Ley de Seguridad Social en el artículo 17, dispone que el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social - IESS tiene la misión de proteger a la población urbana y rural con relación de dependencia laboral o sin ella, contra las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos del trabajo, discapacidad, cesantía, invalidez, vejez y muerte;

Que, el artículo 102 de Ley de Seguridad Social prevé: "ALCANCE DE LA PROTECCION.- El Seguro General de Salud Individual y Familiar protegerá al asegurado contra las contingencias de enfermedad y maternidad...El afiliado, su cónyuge o conviviente con derecho, y sus hijos menores hasta los seis (6) años de edad, así como el jubilado, serán beneficiarios de acciones integrales de fomento y promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades no profesionales, recuperación y rehabilitación de la salud individual. Las beneficiarias del seguro de maternidad recibirán atención de embarazo, parto y puerperio. Se accederá a las prestaciones de salud de este Seguro en condiciones de libre elección del prestador de servicios de salud, público o privado, dentro de las limitaciones señaladas...";

Que, el artículo 116 de la Ley de Seguridad Social determina el derecho del asegurado a la libertad de elección de prestadores de salud, con sujeción a la ley y al Tarifario aprobado por el IESS;

Que, es necesario armonizar la normativa interna del IESS con la Ley de Seguridad Social, a fin de garantizar el derecho a la seguridad social y su sostenibilidad, mediante una red de prestadores, organizada por zonas geográficas de adscripción de la población y bajo un procedimiento adecuado que garantice la universalidad y eficiencia de la atención de salud con enfoque individual, familiar,



comunitario y en red; y,

En uso de las atribuciones que le confieren el Art. 27, letras i) y j), de la Ley de Seguridad Social.

Resuelve:

Expedir el siguiente REGLAMENTO PARA LA ATENCION DE SALUD INTEGRAL Y EN RED DE LOS ASEGURADOS DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL.

CAPITULO I OBJETO Y DEFINICIONES

Art. 1.- Objeto: El presente reglamento regula los procedimientos a seguir para brindar la cobertura efectiva en la atención de salud que requieran los asegurados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y, en general, los beneficiarios con derecho para acceder a las prestaciones de salud brindadas por las unidades médicas propias y externas de la Red Plural definidas en la cartera de servicios, conforme las Guías de Práctica Clínica y Terapéuticas de las Patologías y Procedimientos priorizados en todos los niveles de complejidad de los servicios de salud.

Nota: Inciso segundo derogado por Resolución del IESS No. 385, publicada en Registro Oficial 581 de 22 de Noviembre del 2011 .

Art. 2.- Sistema de atención en salud: El asegurado elegirá al prestador de los servicios de salud de entre aquellos que forman parte de la Red Plural del IESS, que responde a una adscripción por zonas geográficas de población beneficiaria definida, que determinará el ingreso obligatorio a toda atención médica desde el primer nivel, así como un sistema de referencia y contrarreferencia para el acceso a los otros niveles de atención de salud.

El IESS dentro de sus políticas de salud, a través de las Direcciones del Seguro General de Salud Individual y Familiar y del Seguro Social Campesino, fortalecerá la atención ambulatoria en promoción, prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la enfermedad, rehabilitación y limitación de la discapacidad, incluyendo cuidados paliativos, que garanticen la eficiencia y reorientación en la atención de salud al asegurado y en Red, así como elaborará un diagnóstico de la situación de salud por zonas de adscripción geográfica con población definida, construido y coordinado con todos los actores del Sistema Nacional de Salud.

El sistema de atención de salud tendrá como soporte un sistema informatizado de todos sus procesos para facilitar la toma de decisiones.

Nota: Artículo reformado por Resolución del IESS No. 385, publicada en Registro Oficial 581 de 22 de Noviembre del 2011 .

Art. 3.- Definiciones:

- a) Afiliado.- Es toda persona natural que consta registrada en el régimen del Seguro General Obligatorio, como obligada o voluntaria, mediante un aporte administrado por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y que tiene derecho a las prestaciones y los beneficios que consagra dicho seguro;
- b) Jubilado.- Es toda persona natural que habiendo cumplido los requisitos establecidos en la ley, goza de una pensión concedida o pagada por el Seguro General Obligatorio;
- c) Asegurado.- Es toda persona natural protegida por el Seguro General Obligatorio, en calidad de afiliada o beneficiaria con derecho;
- d) Beneficiario con derecho.- Es la persona natural protegida por el Seguro General Obligatorio favorecida por efecto de su relación/filiación con el afiliado o el causante;
- e) Prestadores de salud.- Son aquellos profesionales o establecimientos, autorizados para prestar servicios de salud debidamente calificados/acreditados por el Seguro General de Salud Individual y

Familiar circunscritos a zonas geográficas definidas. Se clasifican en:

- Prestadores Ambulatorios: Dispensarios anexos, unidades y centros de atención ambulatoria del IESS, dispensarios del Seguro Social Campesino y unidades de primer nivel del sector público y del sector privado, con o sin fines de lucro.

- Prestadores Hospitalarios: Hospitales de nivel I, II y III nivel del IESS, del sector público y del sector privado, con o sin fines de lucro;

f) Tipología de las Unidades de Salud del IESS.- Es la clasificación de las unidades prestadoras de servicios de salud según estándares establecidos por el Sistema Nacional de Salud y el IESS, respecto del nivel de complejidad en: infraestructura, equipamiento y recursos humanos; y, la determinación de la capacidad resolutive para el funcionamiento en red plural, sin sobreposición de funciones ni brechas en la atención, que garanticen la calidad de atención mediante servicios desconcentrados y polivalentes;

g) Cartera de servicios por ciclo de vida.- Constituyen el conjunto de prestaciones de salud que ofertan las unidades de Salud en cuanto se refiere a la prevención, curación, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos acorde al ciclo de vida;

h) Guías de Práctica Clínica y Terapéuticas.- Son un conjunto de normas explícitas y sistematizadas, producidas a través de un proceso estructurado sobre el abordaje de patologías y sus tratamientos, fundamentadas en la efectividad de la evidencia médico-científica y la experiencia; apoyadas en consensos formales (expertos, con apoyo bibliográfico y de motores de búsqueda, experiencia clínica entre otros y de adaptación cultural);

i) Calificación/Acreditación de los prestadores.- Proceso formal por medio del cual el Seguro General de Salud Individual y Familiar reconoce que el prestador de salud cumple con los estándares de estructura y proceso y que permite la evaluación periódica según las regulaciones establecidas por el IESS.

Una comisión especializada a cargo de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, a través de sus dependencias (Subdirecciones y Jefaturas) en cada una de las zonas geográficas, calificará/acreditará a los prestadores, como un requisito indispensable para la contratación del prestador;

j) Certificación.- Documento que reconoce a una organización o profesional, la calidad de sus servicios y procesos;

k) Red Plural de Prestadores de Servicios de Salud.- Consiste en la combinación de recursos públicos y privados que deben evaluarse en función de su equidad, eficiencia y eficacia social en la prestación de servicios en todos los niveles de atención de cada zona geográfica/territorio del IESS;

l) Microrredes plurales.- Se constituyen como matriz para la organización de las redes plurales de servicios de salud en un espacio geográfico y con una población definida e implican el establecimiento de vínculos e instrumentos para la organización de la provisión de servicios de salud de prestadores públicos y privados, que con sus potencialidades y debilidades se complementan en torno a objetivos de orientación pública y logran acuerdos comunes en beneficio de los afiliados o beneficiarios con derecho;

m) Libre elección regulada.- Garantía del derecho del afiliado y beneficiario para elegir, de manera libre y voluntaria, el prestador de servicios de salud en el primer nivel de atención, dentro de las zonas geográficas de población definida, de acuerdo a las normas establecidas en este reglamento; y,

n) Centro de Atención al usuario.- Unidad dependiente del Seguro General de Salud y de cada una de sus dependencias en el territorio nacional, que permitirá evaluar la calidad percibida, a través de un sistema de medición permanente de la satisfacción de los usuarios, y donde se dará trámite a las quejas y sugerencias de los afiliados y beneficiarios con derecho, como parte de un proceso constructivo de mejoramiento continuo de la calidad.

CAPITULO II DE LAS RESPONSABILIDADES Y ATRIBUCIONES



Art. 4.- La Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar es el órgano ejecutivo encargado de la regulación, contratación, monitoreo y evaluación/auditoría de los procesos de atención de salud, ofertados por las unidades de salud del IESS y los demás prestadores acreditados mediante convenios; procesos que se ejecutan a través de sus dependencias provinciales.

La Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar implementará los mecanismos administrativos, financieros y contables necesarios, para la formulación, evaluación médica y liquidación de los pagos por los servicios de salud prestados.

Nota: Inciso primero sustituido por Resolución del IESS No. 385, publicada en Registro Oficial 581 de 22 de Noviembre del 2011 .

Art. 5.- Cobertura de las prestaciones de salud: Las prestaciones de salud se concederán en los siguientes casos:

- a) Contingencias de enfermedad y maternidad de los afiliados con o sin relación de dependencia laboral, incluidos los del régimen voluntario, con cargo al Seguro General de Salud Individual y Familiar;
- b) Contingencias de enfermedad de las pensionistas de viudez y de los hijos de afiliados hasta los dieciocho (18) años de edad, con cargo al Seguro General de Salud Individual y Familiar;
- c) Contingencias de enfermedad no profesional de los jubilados por invalidez y vejez, con cargo al presupuesto fiscal del Estado;
- d) Contingencias originadas en accidentes del trabajo o enfermedades profesionales del afiliado, con servicios médicos asistenciales incluidos los de prótesis, órtesis y exoprótesis; y, de los pensionistas por riesgos del trabajo, con incapacidad permanente parcial, total o absoluta, con cargo al Seguro General de Riesgos del Trabajo; y,
- e) Contingencias protegidas por el Seguro Social Campesino, con cargo a dicho Seguro.

Nota: Artículo sustituido por Resolución del IESS No. 385, publicada en Registro Oficial 581 de 22 de Noviembre del 2011 .

Art. 6.- Asistencia al sujeto de protección: En caso de enfermedad el sujeto de protección tendrá derecho a la asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica y de rehabilitación;

El tratamiento de enfermedades contraídas durante el tiempo de afiliación o en el transcurso del período de protección se prolongará hasta la recuperación del paciente. Se exceptúa del tiempo de espera para contingencias de enfermedad al jubilado.

Nota: Artículo sustituido por Resolución del IESS No. 385, publicada en Registro Oficial 581 de 22 de Noviembre del 2011 .

Art. 7.- Casos de maternidad: Cuando la afiliada requiriere atención por maternidad y acredite los requisitos establecidos en la Ley de la Seguridad Social y las regulaciones dictadas por el IESS, tendrá derecho a:

- a) La asistencia médica y obstétrica durante el embarazo, parto y puerperio, cualquiera sea la calificación de riesgo del embarazo; y,
- b) La asistencia médica preventiva y curativa del hijo de la asegurada, con inclusión de la prestación farmacéutica y quirúrgica, durante el primer año de vida y hasta los seis (6) años de edad, sin perjuicio de la prestación de salud.

Art. 8.- Derechos del sujeto de protección: Las prestaciones de salud serán suficientes y adecuadas para garantizar la debida y oportuna atención del sujeto de protección, y, en caso de complicaciones la protección se extenderá hasta superarlas.



Las unidades médicas del IESS y los demás prestadores acreditados proporcionarán al sujeto de protección las prestaciones de salud suficientes y adecuadas para garantizarle la debida y oportuna atención de salud, incluyendo los servicios de diagnóstico auxiliar, el suministro de fármacos y la hotelería hospitalaria, establecidos en la cartera de servicios y en el tarifario aprobado.

Para el caso de emergencias el sujeto de protección podrá ser atendido en forma preferente en cualquiera de los prestadores de servicios de salud, propios o externos, así no formen parte de la Red Plural del IESS. Para el efecto se comunicará por correo electrónico o medio físico a la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, dentro de los cinco (5) días posteriores a la contingencia, a fin de que la Aseguradora asuma la protección del asegurado.

Dentro de los límites establecidos en la Ley de Seguridad Social no habrá lugar a pago alguno por parte del sujeto de protección.

Nota: Artículo sustituido por Resolución del IESS No. 385, publicada en Registro Oficial 581 de 22 de Noviembre del 2011 .

Art. 9.- Garantías: De conformidad con lo establecido por los artículos 102 inciso tercero y 116 de la Ley de Seguridad Social, se garantiza el acceso a las prestaciones de salud de los asegurados al Seguro General en condiciones de libre elección regulada del prestador de servicios de salud, en el primer nivel de atención, de acuerdo a adscripción por zona geográfica definida.

Se garantiza la calidad de las prestaciones de salud a través de:

- a) Un conjunto de unidades propias y externas, públicas y privadas de diferentes niveles de complejidad y capacidad resolutive, debidamente acreditadas/calificadas; y que estarán organizadas en red plural;
- b) Un proceso de evaluación/auditoría médica y de liquidación aplicado a todos los prestadores propios y externos, públicos y privados;
- c) La definición de perfiles para cargos técnicos y de dirección con énfasis en la gestión de los servicios de salud, que deberán asignarse por concurso de oposición y merecimiento en las unidades de salud prestadoras propias de la Seguridad Social;
- d) El levantamiento de procesos para la gestión de los servicios de salud y de apoyo administrativo para las unidades de salud prestadoras propias de la Seguridad Social;
- e) La formulación y revisión periódica de guías de práctica clínica y terapéutica basada en evidencia científica y el estado del arte de la práctica médica;
- f) Un sistema de capacitación continuada en gestión y gerencia de servicios de salud y en gestión clínica para el recurso humano de las unidades de salud prestadoras propias de la Seguridad Social, financiado (parcial o totalmente, según merecimiento de el/la funcionaria) y coordinado con instituciones académicas;
- g) Mecanismos de gestión desconcentrados de los servicios de salud, para las unidades de salud prestadoras propias de la Seguridad Social, que le garanticen funcionar eficientemente; y,
- h) Participación social constructiva de los sectores de la comunidad beneficiaria en cada zona geográfica.

Art. 10.- Facturación: Las unidades médicas del IESS y los demás prestadores de servicios de salud que atendieren al asegurado, facturarán a la Administradora de este Seguro, de acuerdo con el Tarifario institucional vigente, valores que serán cancelados dentro del plazo establecido en las regulaciones y conforme conste en los respectivos convenios. Las unidades médicas propias, presentarán sus costos de producción. El prestador no exigirá pagos al asegurado ni condicionará sus servicios.

CAPITULO III SISTEMA INTEGRAL DE ATENCION DE SALUD

Art. 11.- Prestaciones de salud: Las prestaciones de salud integrales e integradas se otorgarán de



conformidad con la "Guía de Reorientación y Fortalecimiento de los Servicios de Salud de la Seguridad Social, con enfoque al Asegurado del IESS y en Red Plural", de acuerdo a la siguiente cartera de servicios.

- a) Programas de fomento y promoción de salud para todas las edades por ciclo vital;
- b) Acciones de medicina preventiva y visita domiciliaria para todas las edades por ciclo vital;
- c) Atención odontológica preventiva y de recuperación para todas las edades por ciclo vital;
- d) Asistencia médica curativa integral para todas las edades por ciclo vital y maternidad;
- e) Atención gerontológica y geriátrica;
- f) Atención en salud laboral;
- g) Tratamiento de enfermedades crónico degenerativas para lo cual contratará un seguro colectivo, observando el procedimiento que para el efecto determine el Consejo Directivo; y,
- h) Tratamiento de enfermedades catastróficas reconocidas por el Estado como problemas de salud pública.

Nota: Inciso primero sustituido por Resolución del IESS No. 385, publicada en Registro Oficial 581 de 22 de Noviembre del 2011 .

Art. 12.- Acceso a la atención de salud: El afiliado o beneficiario con derecho podrá elegir libremente un prestador del primer nivel calificado/acreditado de entre la Red Plural, en su zona de adscripción geográfica, que será la entrada obligada al sistema de servicios de salud con base territorial.

La calificación/acreditación estará a cargo del Seguro de Salud Individual y Familiar y se hará en base al manual de acreditación/calificación actualizado.

La elección se efectuará de acuerdo con los siguientes criterios:

- a) Para el afiliado bajo relación de dependencia y voluntario, de acuerdo a su domicilio, residencia o lugar de trabajo; y,
- b) Para los asegurados y beneficiarios, jubilados, pensionistas, o afiliados sin relación de dependencia, de conformidad con su domicilio.

Art. 13.- Portabilidad del derecho.- El derecho a la atención de salud está garantizado en todo el territorio nacional. Además, se garantiza la atención al afiliado o beneficiario y jubilado, en caso de desplazamientos fuera del territorio al que está adscrito, por un período menor a treinta (30) días. Para períodos mayores, el asegurado deberá adscribirse en la zona geográfica que le corresponda.

Art. 14.- Atención médica por zona geográfica de adscripción de la población: Se establecerá un sistema zonal georreferenciado y de base territorial de los prestadores de salud de la red plural que guardará relación con la división político-administrativa del país. Se establece un sistema de zonas geográficas de acceso a la atención médica.

El Seguro de Salud Individual y Familiar del IESS, como política de protección de salud al asegurado, establecerá la cartera de servicios a libre elección regulada, en el territorio de adscripción del sujeto de protección calificado con derecho, por lo que el beneficiario deberá realizarse un examen preventivo anual.

Nota: Inciso segundo agregado por Resolución del IESS No. 385, publicada en Registro Oficial 581 de 22 de Noviembre del 2011 .

Art. 15.- Sistema de Referencia y Contrarreferencia: El asegurado y los beneficiarios con derecho podrán acceder a los otros niveles de complejidad del sistema de servicios de salud, si su problema de salud así lo requiere, mediante un sistema informatizado integral e integrado de referencia que se debe efectuar desde el primer nivel de atención.

Nota: Artículo reformado por Resolución del IESS No. 385, publicada en Registro Oficial 581 de 22

de Noviembre del 2011 .

Art. 16.- Trámite para referencia del paciente: En condiciones de libre elección del afiliado, las referencias de los pacientes, enviadas desde las unidades de primer nivel, serán receptadas en forma zonificada, en los Hospitales de II y III Nivel de la Red Plural de Servicios de Salud del IESS.

Una vez resuelta la contingencia, la unidad médica a cargo, bajo responsabilidad de su representante, tendrá la obligación de remitir la contrarreferencia a la unidad médica correspondiente del primer nivel y/o a la unidad médica que originó la referencia.

El sistema de referencia y contrarreferencia será obligatorio para prestadores propios y externos.

Nota: Artículo sustituido por Resolución del IESS No. 385, publicada en Registro Oficial 581 de 22 de Noviembre del 2011 .

Art. 17.- Obligaciones y prohibiciones de los prestadores de salud: Son obligaciones de los prestadores de salud:

- a) Atender a los sujetos protegidos que soliciten atención de primer nivel, perteneciente a su zona geográfica de adscripción;
- b) Garantizar la continuidad de la atención cuando sea necesario en otros niveles de complejidad, a través del sistema informatizado de referencia y contrarreferencia; y,
- c) Establecer costos de producción de atención médica del servicio y facturar al Seguro General de Salud Individual y Familiar, con sujeción al Tarifario aprobado por el IESS.

A los prestadores de salud les está prohibido:

- a) Negar la prestación de salud o restringir su alcance; y,
- b) Exigir pagos directos al asegurado por la prestación otorgada.

Art. 18.- Prescripciones médicas: La prescripción de medicamentos en la Red Plural, se sujetará al Cuadro Básico de Medicamentos del Sistema Nacional de Salud, que será entregada al asegurado en las dependencias del IESS ubicadas en cada zona geográfica de adscripción.

Se garantiza la provisión de medicamentos en todos los niveles según las guías clínicas y terapéuticas que permitan mantener la continuidad y eficacia del tratamiento establecido. En casos excepcionales se compensará por la compra de fármacos e insumos en establecimientos externos, de conformidad a las regulaciones dictadas por el IESS.

Art. 19.- Funcionamiento de los servicios de salud en Red Plural: El Seguro General de Salud Individual y Familiar facilitará los mecanismos de articulación entre los prestadores propios y externos, públicos y privados para garantizar la calidad, oportunidad, continuidad y optimización de los recursos, a través del establecimiento de microrredes plurales de base territorial y de gestión conjunta. Es de carácter obligatorio el sistema de referencia y contrarreferencia.

En las zonas geográficas marginales sin servicios de la red plural, el Seguro General de Salud Individual y Familiar contratará servicios de salud en condiciones especiales, a fin de garantizar las prestaciones.

Art. 20.- Los asegurados podrán acceder a prestadores de segundo y tercer nivel, previa confirmación de la pertinencia médica y la autorización de la dependencia provincial del Seguro General de Salud Individual y Familiar.

Se atenderá el requerimiento dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la recepción de la petición, bajo responsabilidad del funcionario encargado de la unidad provincial de la Aseguradora.



Nota: Artículo sustituido por Resolución del IESS No. 385, publicada en Registro Oficial 581 de 22 de Noviembre del 2011 .

Art. 21.- Guías prácticas clínicas.- La Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar establecerá guías de práctica clínica y terapéuticas para la atención integral de salud que armonicen la entrega de las prestaciones de salud de acuerdo con lo establecido por el Sistema Nacional de Salud y la Autoridad Sanitaria Nacional/MSP.

CAPITULO IV UNIDADES DE SALUD DEL IESS

Art. 22.- Tipología de las unidades operativas del IESS.- Las unidades de salud propias del IESS cumplirán con los requisitos estandarizados acerca de las condiciones de personal, infraestructura física, equipamiento, procedimientos técnicos y administrativos establecidos.

Art. 23.- Cartera de servicios.- La cartera de servicios describe las prestaciones de promoción y prevención, recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos en todo el ciclo de vida.

En la cartera de servicios se presentan las acciones integrales necesarias por grupo de edad y será actualizada periódicamente.

Art. 24.- Organización: Las unidades de salud del IESS estarán organizadas zonalmente como empresas públicas, que se complementarán de acuerdo a una distribución planificada, de conformidad a la situación geográfica y demográfica de los asegurados, organizadas administrativamente con personal bajo su dependencia, con autonomía de gestión, administrativa, financiera y con personalidad jurídica independiente, de conformidad a lo establecido en la ley.

CAPITULO V SISTEMA DE INFORMACION INTEGRAL E INTEGRADO

Art. 25.- Síntesis de la información.- Se establecerá un flujo adecuado de información de los afiliados o beneficiarios con derecho a través de un sistema digital que integre la historia clínica única de acuerdo a lo establecido por la autoridad nacional de salud en formato electrónico, en secuencia desde el primer nivel hasta el de mayor complejidad.

Así mismo, se establecerán registros médicos electrónicos que permitirán la coordinación y continuidad de la atención, y el seguimiento sistemático de los pacientes con enfermedades crónicas. Para lo cual, la unidad encargada de los procesos informáticos de IESS facilitará los requerimientos en tecnología y necesidades de estructura, proceso y resultado, en coordinación con las direcciones del Seguro General de Salud Individual y Familiar y del Seguro Social Campesino.

La entrega de las prestaciones de salud a los asegurados se viabilizará a través del sistema informatizado integral e integrado de referencia y contrarreferencia, por intermedio de las unidades de salud del IESS, prestadores públicos y prestadores privados que incluye a los profesionales de la salud en libre ejercicio, calificados/acreditados mediante convenios con el IESS, distribuidos según la ubicación geográfica nacional zonificada y la concentración demográfica, en los términos contenidos en el convenio que se suscriba, de conformidad con la reglamentación dictada por el instituto.

CAPITULO VI CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Art. 26.- De la calidad de los servicios.- Los prestadores de la Red Plural tienen la obligación de ofrecer servicios de salud de alta calidad, mediante intervenciones y mecanismos de mejoramiento continuo, de conformidad con los indicadores establecidos por la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar.



Art. 27.- Control.- La Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, a través de sus dependencias desconcentradas a nivel nacional, será responsable del control y monitoreo periódico de los indicadores de calidad establecidos y verificación in situ del grado de cumplimiento de cada prestador de salud propios o ajenos públicos y privados.

El control del prestador de la Red Plural deberá ser notificado a la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, pudiendo suspenderse temporal o definitivamente al prestador que no cumpliera con las regulaciones establecidas. La reincidencia será causal de terminación unilateral del convenio o contrato suscrito con el IESS. Si se tratare de prestadores propios se adoptarán las acciones administrativas correspondientes, en similares condiciones que los prestadores externos.

La calificación/acreditación del prestador se hará por periodos anuales o lo que estableciere el Seguro General de Salud Individual y Familiar.

Art. 28.- Guía de Reorientación y Fortalecimiento de los servicios de Salud del IESS en Red Plural.- La Guía de Reorientación y Fortalecimiento de los servicios de Salud del IESS se aplicará mediante la Red Plural, conforme el Manual Técnico que es parte integrante de este reglamento, aplicada con la implementación de los procesos administrativos e informáticos establecidos por el IESS.

DISPOSICIONES GENERALES

PRIMERA.- La Dirección General del IESS, en coordinación con la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, suscribirá convenios de prestación de servicios con el Ministerio de Salud Pública, Fuerzas Armadas, Policía Nacional, Organizaciones No Gubernamentales, y en general con entidades calificadas/acreditadas para la venta de prestaciones de salud integral, a fin de aplicar las disposiciones que permitan implementar el funcionamiento en Red Plural de Servicios de Salud.

Las contingencias de salud protegidas por el Seguro de Riesgos del Trabajo, serán atendidas a través de la Red Plural de Servicios de Salud y se aplicarán con cargo al presupuesto de dicho Seguro. Las contingencias por enfermedad no profesional atendidas a los jubilados se aplicarán con cargo al presupuesto fiscal financiado por el Estado.

Para el caso de asegurados del Seguro Social Campesino se brindarán las prestaciones de salud en sus dispensarios rurales; de ser necesario atención de nivel II o III se brindarán a través de las unidades de salud del IESS o de otros prestadores, bajo la modalidad de compra de servicios de salud, en cuyo caso deberá previamente ser autorizada por dicho Seguro.

Nota: Disposición reformada por Resolución del IESS No. 385, publicada en Registro Oficial 581 de 22 de Noviembre del 2011 .

SEGUNDA.- La Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar establecerá un sistema de formación continuada en servicio del equipo de salud en todos los niveles en atención integral, gestión clínica y administrativa e incorporará recursos humanos especializados en primer nivel de atención (médicos de familia) mediante un proceso de capacitación de los recursos humanos que laboran en las unidades médicas, en coordinación con equipos trans-disciplinarios de acuerdo a la norma. De igual manera, profesionalizará la gestión de las unidades de salud con especialistas en gerencia de servicios de salud. Se priorizará esta capacitación mediante convenios con instituciones académicas.

TERCERA.- La Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar establecerá un cronograma para el monitoreo, evaluación y revisión periódica de los servicios de salud a nivel nacional, de conformidad a la Guía de Reorientación y Fortalecimiento de los Servicios de Salud, con enfoque individual, familiar y en Red Plural.

CUARTA.- La Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar establecerá y fomentará la



creación de los centros de atención al usuario y el fortalecimiento de la veeduría ciudadana.

DISPOSICION GENERAL.- Se autoriza a la Dirección General, a la Dirección Económico Financiera y a la Subdirección de Recursos Humanos, para que realicen las acciones presupuestarias y administrativas necesarias para la aplicación de la presente resolución, de conformidad con lo establecido en la Resolución No. 343 de 29 de diciembre del 2010.

Nota: Disposición dada por Resolución del IESS No. 385, publicada en Registro Oficial 581 de 22 de Noviembre del 2011 .

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

PRIMERA.- La Dirección del Seguro General de Salud Individual, en coordinación con la Comisión Jurídica, en el plazo de treinta (30) días a partir de la expedición del presente reglamento, presentará al Consejo Directivo a través de la Dirección General el proyecto de nueva estructura orgánica de dicho seguro, diferenciando las funciones y responsabilidades de aseguramiento y de control de la prestación de servicios de salud.

SEGUNDA.- La Dirección del Seguro de Salud Individual y Familiar en el plazo de noventa (90) días a partir de la expedición del presente reglamento, formulará Guías Clínicas de las Patologías y Procedimientos priorizados en todos los niveles de complejidad de los servicios de salud del IESS, en concordancia con las políticas del Sistema Nacional de Salud.

TERCERA.- La Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar a través de la Dirección General, en el plazo de sesenta (60) días a partir de la expedición del presente reglamento, presentará al Consejo Directivo la actualización del Manual de Calificación/Acreditación, sustitutiva de las resoluciones números CD 020 y CD 040, para su aplicación en los prestadores de la Red Plural de Salud.

CUARTA.- El Director General en coordinación con la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar y la Comisión Jurídica, en el plazo de un (1) año desde la expedición del presente reglamento, presentará al Consejo Directivo el proyecto de estructura funcional de las unidades médicas del instituto, que deberán estar organizadas geográficamente en zonas determinadas y constituidas como empresas públicas de propiedad del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, con personería jurídica propia, autonomía administrativa, financiera y presupuestaria, de conformidad a la Ley de Seguridad Social.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

PRIMERA.- En el plazo de seis (6) meses contados a partir de su designación, el Coordinador de Gestión de las Unidades Médicas del IESS, en coordinación con la Comisión Jurídica y el Procurador General, presentará a través del Director General para aprobación del Consejo Directivo, el proyecto de constitución en empresas prestadoras de servicios de salud a las unidades médicas del IESS, en cuyo estatuto gozarán de autonomía administrativa, financiera y personería jurídica propia, en conformidad con lo dispuesto por la Ley de Seguridad Social.

Nota: Disposición dada por Resolución del IESS No. 385, publicada en Registro Oficial 581 de 22 de Noviembre del 2011 .

SEGUNDA.- El Director General instruirá al Subdirector de Recursos Humanos para que se elabore el proyecto de Resolución para aprobación del Consejo Directivo, a fin de establecer los perfiles de los cargos creados mediante esta resolución, incluida su codificación, cuyos nombramientos se realizarán de conformidad con la Constitución y la ley.

Nota: Disposición dada por Resolución del IESS No. 385, publicada en Registro Oficial 581 de 22 de Noviembre del 2011 .



TERCERA.- La Comisión Jurídica preparará la Codificación de la Resolución No. C.D.021 de 13 de octubre del 2003 y de la Resolución No. C.D.308 de 10 de marzo del 2010, con todas sus reformas.

Nota: Disposición dada por Resolución del IESS No. 385, publicada en Registro Oficial 581 de 22 de Noviembre del 2011 .

DISPOSICIONES FINALES

PRIMERA.- De la ejecución de la presente resolución encárgase a la Dirección General del IESS y a la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar.

SEGUNDA.- Esta resolución entrará en vigencia desde la fecha de su aprobación, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial.

COMUNIQUESE.- Quito, Distrito Metropolitano, a 10 de marzo de 2010.

- f.) Ramiro González Jaramillo, Presidente Consejo Directivo.
- f.) Ing. Felipe Pezo Zúñiga, Miembro Consejo Directivo.
- f.) Ab. Luis Idrovo Espinoza, Miembro Consejo Directivo.
- f.) Econ. Fernando Guijarro Cabezas, Director General, IESS.

CERTIFICO.- Que la presente resolución fue aprobada por el Consejo Directivo en dos discusiones, en sesiones celebradas el 11 de enero y el 10 de marzo del 2010.

f.) Dr. Patricio Arias Lara, Prosecretario Consejo Directivo.

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL.- Es fiel copia del original.- Lo certifico.- f.) Dr. MSc. Patricio Arias Lara, Prosecretario Consejo Directivo.- 17 de marzo del 2010.

Certifico que esta es fiel copia auténtica del original.- f.) Dr. Angel V. Rocha Romero, Secretario General del IESS.

ANEXO RESOLUCION No. C.D. 308

GUIA DE REORIENTACION Y FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN RED PLURAL

GUIA DE REORIENTACION Y FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA SEGURIDAD SOCIAL CON ENFOQUE INDIVIDUAL, FAMILIAR, COMUNITARIO Y EN RED PLURAL

1. OBJETIVOS

1.1 Objetivo General:

Reorientar y fortalecer los servicios de salud del IESS en todos los niveles de atención y complejidad hacia un enfoque integral, individual y familiar de los problemas de salud basado en la estrategia de Atención Primaria renovada (APSr); estableciendo el primer nivel de atención como puerta de entrada obligada al sistema de servicios de salud y con un funcionamiento en red plural para garantizar el derecho a la salud de los beneficiarios y sus familias.

1.2 Objetivos Específicos:

1.2.1 Establecer zonas geográficas de adscripción de población beneficiaria definida, acordes con la división político-administrativa del territorio nacional, para el acceso a la red plural de servicios de



salud, a través de los prestadores de primer nivel de atención, debidamente calificados/acreditados por el IESS.

1.2.2 Identificar la situación de salud y riesgos de los derechohabientes y sus familias por zonas geográficas de adscripción.

1.2.3 Normar la cartera de servicios y guías clínicas.

1.2.4 Establecer y estandarizar el nivel de complejidad y capacidad resolutoria de todas las unidades médicas del SGSIF y SSC; garantizando la calidad, sin sobreposición de funciones, ni brechas en la atención; con servicios desconcentrados y polivalentes para el funcionamiento en red plural.

1.2.5 Establecer el primer nivel como la puerta de entrada obligada a la red plural (prestadores propios y externos) de servicios de salud, encargada de la síntesis de la información y de la distribución del flujo de referencia y contrarreferencia al resto de niveles de atención.

1.2.6 Establecer el flujo adecuado de información integral e integrado de los derechohabientes a través de un sistema digital que integre el sistema de información y la historia clínica única en línea, creando una relación a lo largo del tiempo y del espacio del territorio nacional.

1.2.7 Establecer los mecanismos necesarios para implementar el mejoramiento continuo y garantía de la calidad de la atención de salud en los servicios del IESS.

1.2.8 Invertir y capacitar al recurso humano del IESS en gerencia de servicios de salud, planificación y pensamiento estratégico, atención médica integral y medicina de familia.

1.2.9 Establecer un funcionamiento en red plural, a través de mecanismos de articulación con proveedores públicos, privados sin fines de lucro y privados con fines de lucro (en ese orden) en los territorios sin servicios propios para garantizar la calidad, oportunidad, continuidad y optimización de los recursos.

1.2.10 Consolidar la participación social constructiva de los sectores de la comunidad beneficiaria en cada zona geográfica.

2. MODELO PARA LA REORIENTACION Y FORTALECIMIENTO DE LAS UNIDADES DE SALUD DEL IESS

Esta transformación busca equilibrar valores para la atención de la salud individual centrada en el paciente, con valores colectivos de solidaridad y equidad, así como acercar la medicina científica a la realidad social.

La atención integral con enfoque individual, familiar y en red plural, contiene tanto elementos de la medicina basada en la evidencia, como elementos de la salud pública, a través de planificar y ejecutar acciones de salud costo-efectivas y costo-beneficiosas con criterios de sostenibilidad del ámbito de gestión de servicios de salud.

El modelo plantea la existencia de una puerta de entrada obligada en el primer nivel al sistema de servicios de salud, que es capaz de manejar la mayoría de problemas con enfoque bio-psico-social y que a la vez distribuya los flujos de pacientes a otros niveles de complejidad cuando se requiera.

El primer nivel, también se encarga de estimular la participación social, el auto-cuidado y la responsabilidad sobre la salud entre el equipo de salud y los usuarios del sistema.

El modelo que se busca implementar es primer-nivel centrista, universal, solidario y sustentable. Se visualiza a continuación:

Gráfico 1

REORIENTACION Y FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Nota: Para leer Gráfico, ver Registro Oficial Suplemento 173 de 16 de Abril de 2010, página 18.

Este modelo se estructurará a través del sistema de servicios de salud del IESS que se dividirá en zonas geográficas de salud con población definida que incluirán a todos los niveles de complejidad, guardando, hasta donde sea posible, la división política administrativa del país de acuerdo con los mandatos constitucionales actuales.



Las zonas geográficas de salud con población adscrita definida consisten en que, cada una de estas unidades geográficas, estará constituida por uno o varios sectores, y tendrá una población de afiliados y beneficiarios con derechos. En el funcionará la red plural con las unidades médicas propias y externas. (Gráfico II)

Es la unidad de primer nivel de atención básica, la que será la puerta de entrada al sistema de servicios de salud y será elegida de entre este tipo de unidades existentes en la red plural en cada territorio definido donde será el Centro de Atención Ambulatoria (CAA) la cabeza de la red plural. En caso de que en la zona geográfica de adscripción no exista un CAA, entonces será la unidad de mayor complejidad con la modalidad de primer nivel anidado.

Grafico II. Zonas geográficas de adscripción de la población del IESS

Nota: Para leer Gráfico, ver Registro Oficial Suplemento 173 de 16 de Abril de 2010, página 18.

3. PRINCIPIOS

- Efectividad: con enfoque bio-psico-social promoviendo la salud y el bienestar mediante intervenciones de prevención, apropiadas y costo-efectivas, basadas en la evidencia.
- Solidaridad: consiste en la ayuda entre todas las personas aseguradas, sin distinción de nacionalidad, etnia, lugar de residencia, edad, sexo, estado de salud, educación, ocupación o ingresos, con el fin de financiar conjuntamente las prestaciones básicas del Seguro General Obligatorio.
- Universalidad: es la garantía de iguales oportunidades a toda la población asegurable para acceder a las prestaciones del Seguro General Obligatorio, sin distinción de nacionalidad, etnia, lugar de residencia, sexo, educación, ocupación o ingresos.
- Equidad: es la entrega de las prestaciones del Seguro General Obligatorio en proporción directa al esfuerzo de los contribuyentes y a la necesidad de amparo de los beneficiarios, en función del bien común.
- Eficiencia: es la mejor utilización económica de las contribuciones y demás recursos del Seguro General Obligatorio, para garantizar la entrega oportuna de prestaciones suficientes a sus beneficiarios.
- Integralidad y continuidad: consiste en la atención integral de la salud desde el nacimiento hasta la muerte digna.
- Asociación en red plural: consiste en articular a los prestadores propios y externos, públicos y privados, asegurando que los afiliados y sus familias sean atendidos por los profesionales de la salud más apropiados para su problema particular de manera integral.
- Inclusión social: respetando diversidad, interculturalidad y con enfoque de género y generacional.
- Participación social: para optimizar la responsabilidad compartida sobre la salud colectiva, como herramienta de monitoreo de satisfacción y control para mejora continua, a través de la participación de grupos organizados de usuarios.

4. LINEAMIENTOS GENERALES

Los lineamientos generales definidos para la reorientación y el fortalecimiento de los servicios de salud se basan en la estrategia de atención primaria renovada¹ (APSr), que atraviesa todos los niveles de atención desde el primero al tercer nivel.

La salud como un derecho: La Constitución de la República vigente garantiza el derecho a la salud de las personas considerándose como el disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Esas condiciones comprenden, en lo que respecta al sistema de salud, la disponibilidad garantizada de servicios de salud accesibles, aceptables y de calidad.

Enfoque de Medicina Familiar: Centrado en el usuario su familia y su comunidad, estableciendo una relación acorde al perfil epidemiológico, incluyendo enfermedades agudas y crónicas y considerando



el contexto de su situación socio-económica y de las relaciones humanas. El sujeto de la atención dejará de ser exclusivamente el individuo, para dirigirla a la familia y la comunidad.

Enfoque de salud integral: El equipo de salud aplicará un enfoque integral, sistémico y holístico de la salud para la atención de la familia y del individuo de acuerdo al ciclo de vida. Inicia en el primer nivel de atención con la cartera de servicios normada para cada grupo de edad y perfil de riesgo; y así, de igual manera para los otros niveles.

Enfoque preventivo y promocional: Enfatizando en las prestaciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para todo el ciclo vital.

El cuidado del ciclo vital de la persona, la familia y la comunidad: Entendiendo las necesidades de salud-enfermedad de cada miembro, de cada grupo de edad, sus relaciones interfamiliares y con la comunidad. La atención estará centrada en el paciente fomentando alianzas para el cuidado integral con el equipo de salud compartiendo la responsabilidad de la atención y estimulando el auto-cuidado.

Garantía de la calidad: Asegurando que las condiciones bajo las cuales se brinda la atención de la salud tengan como objetivo que la población reciba el máximo beneficio al menor riesgo y costo (ob.cit. 9). Garantizando calidad, oportunidad y continuidad de la atención con servicios integrales e integrados en las redes plurales establecidas.

Sistema de información: El sistema de información debe permitir desde la revisión del derecho para otorgar la prestación, la respectiva historia clínica única integrada al folio o ficha familiar, hasta los detalles de la atención, tratamientos, costos, etc.; garantizando el flujo de información entre los niveles de complejidad. Lo que ayudará a planificar y monitorear la gestión de los servicios de salud.

Participación Social: De asociaciones de afiliados y sus familias, jubilados, amas de casa y otros usuarios, fomentando un cambio de actitud del afiliado con respecto a la salud, en donde: "la salud deja de ser un asunto eminentemente individual, para convertirse en una situación colectiva, siendo responsabilidad de todos el mantenerla, preservarla y mejorarla." (ob. cit. 9).

Fortalecimiento de capacidades y desarrollo del talento humano: Fortalecer las capacidades técnicas y gerenciales del talento humano en las unidades médicas; con énfasis en docencia, investigación clínica, gestión de redes y servicios para la reorientación y fortalecimiento de los servicios de salud del SGSIF.

(1) Organización Mundial de la Salud (OMS). 2008

5. OPERACIONALIZACION DE LA REORIENTACION Y FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL IESS

5.1 Establecer zonas geográficas de adscripción de población beneficiaria definida, acordes con la división político-administrativa del territorio nacional, para el acceso a la red plural de servicios de salud, a través de los prestadores de primer nivel de atención, debidamente calificados/acreditados por el IESS.

Establecer zonas geográficas de adscripción de población beneficiaria definida, favorecerá la longitudinalidad en la atención y permitirá la relación población - unidad de atención prolongándola en el tiempo. (2)

Establecer zonas geográficas de adscripción de población beneficiaria como territorios ordenados, es el elemento clave en la reorientación y fortalecimiento de los servicios de salud del IESS, y es un criterio de primer orden para la atención en el primer nivel y el ordenamiento en red plural.

Cada una de estas unidades geográficas de adscripción estará constituida por uno o varios sectores



desde la menor unidad (parroquias, cantones o provincias) hasta la región, y tendrán una población promedio estandarizada (para poblaciones concentradas/urbanas y para las dispersas/rurales) que incluirá a todos los derechohabientes actuales y los que progresivamente se incluyan en el sistema de la Seguridad Social por mandato constitucional.

El establecimiento de la población derechohabiente a las unidades médicas de primer nivel básico se realizará por fases:

- Fase inicial: el establecimiento de la población a las unidades de salud se calcula con base a la asignación histórica de la población por unidad médica, a la que se añade a cónyuges e hijos menores de 6 años. Será el universo a atender del SGSIF por zona geográfica. En el ANEXO 1 la línea de partida. (Se ha establecido que esta población no es la que realmente acude, se insiste en que es la línea de partida)
- Fase 2: redistribución de la población y adscripción, a través de un proceso de actualización de los afiliados y beneficiarios con derecho por zona geográfica (territorialización).

Las actividades previstas son:

- Censo de población asegurada (empleadores y otros seguros públicos) y registro biométrico en coordinación con la Dirección de Desarrollo Institucional (DDI).
- Adscripción/Territorialización de población asignada de las unidades médicas e identificación de posibles proveedores externos públicos y privados acorde a las zonas geográficas definidas por el SGSIF-SSC.
- GEO - referencia de los afiliados y beneficiarios con derecho.

5.2 Identificar la situación de salud y riesgos de los afiliados y beneficiarios con derecho por zona geográfica de adscripción.

El Análisis de Situación de Salud (ASIS) permitirán una mejor distribución con base en: vías de acceso, tiempos para llegar a la unidad médica, movilidad de las personas e incluso hábitos de atención.

Este análisis se realizará por zona geográfica con las unidades médicas de ese territorio; es el estudio diagnóstico detallado de la interacción de las condiciones de vida y de trabajo y el nivel existente de los procesos de salud -enfermedad de una unidad geográfico-política determinada.

Este análisis de la situación de salud se hará en todas las unidades de primer nivel del IESS tomando en cuenta factores demográficos, económicos, sociales, culturales, ambientales y de recursos existentes³ para dar cuenta de la situación de salud por cada una de las zonas geográficas.

En el ASIS se incluirá:

- Análisis de la demanda
- Análisis de la oferta
- Mapeo de actores de la red plural de prestadores públicos y privados
- GEO - referencia Mapa de unidades de salud internas y externas por nivel de atención del SGSIF y SSC (especialidad y caracterización de proveedores de salud) calculados los tiempos de acceso.

Además, los dispensarios anexos analizarán los riesgos de los afiliados de su empresa para definir las intervenciones apropiadas.

(Instrumento ASIS ANEXO 2).

5.3 Normar la cartera de servicios y guías clínicas.

El IESS garantiza el derecho del asegurado a recibir atención médica integral, continua e integrada



por niveles de complejidad, para cuidar de su salud física y mental; con acciones integrales de promoción y prevención, curativas, de rehabilitación y cuidado paliativo a través del "Sistema de garantía de la prestación", para lo cual se establece un conjunto de prestaciones de salud garantizadas, denominada "cartera de servicios".

(2) Forti, S.; (La APS como ordenadora del Sistema de Salud: Ventajas y desventajas de una puerta preferencial); Eurosocial/Eropeaid; Enero 2009, www.colsatmercosul.org/paginas/noticias/EvidenciasN2.pdf: Consultado en marzo-abril 2009 (UP-SGSIF) Dr. Damián Gallegos- Lemos.

(3) Análisis de Situación de Salud (ASIS) de la población de la ciudad de Buenos Aires - año 2003; Departamento de epidemiología; Dirección General Adjunta de APS; Secretaría de Salud - GCBA; Buenos Aires, diciembre de 2004; <http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/epidemiologia/boletines/asis-2003.pdf> Consultado: Abril 2009 UP-SGSIF (Dr. Damián Gallegos-Lemos)

5.3.1 Alcance de la protección.- Tendrán derecho a las prestaciones integrales, tanto el afiliado como su cónyuge o conviviente en unión de hecho debidamente reconocida, así como los hijos menores hasta los seis años de edad. Del mismo modo estarán protegidos los jubilados y pensionistas.

5.3.2 Cobertura.- La cobertura para el derechohabiente será el 100% del valor instituido en el tarifario vigente al momento de la prestación dentro de la red plural de primer nivel.

Para garantizar la continuidad de la atención por territorio; los procedimientos de segundo y tercer nivel que se requieran deben seguir el proceso de autorización establecida por la Subdirección o Jefatura Provincial del Seguro General de Salud Individual y Familiar.

El afiliado, su familia, el jubilado y pensionista podrán acceder a los otros niveles de complejidad del sistema de servicios de salud por zona geográfica/territorio, desde el primer nivel de atención, si su problema de salud así lo requiere.

5.3.3 Definición de la cartera de servicios por nivel de atención.-

La cartera de servicios de las unidades de atención describen las prestaciones de promoción y prevención, curación, recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos en todo el ciclo de vida. El abordaje es de atención familiar y a la comunidad.

En la cartera de servicios se presentan las acciones integrales necesarias por grupo de edad. La construcción de indicadores de esta cartera estarán relacionados con el cumplimiento de metas en cuanto a cobertura, a producción de servicios, a procesos de atención, gestión por resultados, financiamiento y calidad del gasto de las unidades médicas. La cartera de servicios integral y por grupo de edad se denomina "Programa de Atención Integral a la Salud Individual y Familiar" (ANEXO 3), se compone de los siguientes subprogramas dirigido por los siguientes grupos de edad en coherencia con las definiciones de la Autoridad Sanitaria Nacional (4):

- Menores de un año que incluye (0 a 7 días/ 8 a 28 días, y de 29 a 364 días)
- Preescolar de 1 a 4 años
- Escolar de 5 a 9 años
- Adolescente de 10 a 19 años
- Adulto joven (20 a 39 años) y medio (40 a 64 años)
- Mujeres en edad fértil (10 a 49 años)
- Del adulto mayor (de más de 65 años).

5.3.3.1 FINALIDAD DE LOS SUB-PROGRAMAS

Contribuir a elevar la calidad de vida, el estado de salud y el grado de satisfacción del afiliado y beneficiarios con derecho, mediante acciones de salud de promoción, prevención, curación, rehabilitación y acciones sociales, en coordinación con organismos nacionales y locales involucrados



en la salud de la población, teniendo como protagonistas a los beneficiarios, la familia y la comunidad en la búsqueda de soluciones locales a sus problemas.

5.3.3.2 VISION DE LOS SUB-PROGRAMAS

Ser programas de atención integral de salud y articulación horizontal a nivel nacional, que proporcione servicios de calidad, accesibles, con intervenciones de probado costo efectividad, con personal altamente capacitado, comprometido y leal, en un ambiente solidario y equitativo.

Objetivo general

- Mejorar el estado de salud al 100% de los afiliados y beneficiarios con derechos del IESS.

Objetivos Específicos:

- Estandarizar la entrega de prestaciones integrales en cobertura y en contenido basado en evidencias y articuladas horizontalmente.
- Establecer acciones de cultura saludable en los afiliados y beneficiarios con derecho.
- Proporcionar atención preventiva al 100% de la población beneficiaria mediante un chequeo preventivo anual.
- Proporcionar regímenes de tratamiento regular al 100% de beneficiarios en el nivel de atención requerido.
- Mantener esquemas de rehabilitación en el 100% de beneficiarios que lo requieran.
- Mantener la continuidad asistencial de los 100% de afiliados y beneficiarios con derecho incorporados a los regímenes de tratamiento regular implantados conservando una concentración de tres consultas subsecuentes.
- Remitir de manera oportuna a la consulta de especialidades que se requieran.

En cada uno de los sub-programas se detallarán sus especificaciones en contenido y normas, se cumplirán de manera obligatoria la normativa emitida por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). La cartera de servicios será revisada anualmente por un equipo técnico de composición nacional y multidisciplinaria.

5.3.4 Implementación de Guías de Práctica Clínica de las patologías y procedimientos más frecuentes en todos los niveles de atención del IESS.

Los protocolos como las guías de práctica clínica se basan en evidencias; en el Ecuador la institución encargada de emitir protocolos es el MSP, su desarrollo aún está en proceso; por lo que se propone el desarrollo de Guías de Práctica Clínica (GPC) institucionales para los requerimientos urgentes del IESS, que proporcionan los criterios convencionales y vigentes que expresen las mejores alternativas y orienten las decisiones médicas, apoyadas en la mejor evidencia científica para una atención de calidad en el IESS y que se podrían llegar a convertir en protocolos, una vez consensuados con el MSP y el resto de actores del Sistema Nacional de Salud, para su emisión.

(4) Conjunto de prestaciones del Sistema Nacional de Salud - CONASA - Ecuador - Octubre 2007

Se articula en este proceso la necesidad de elaborar herramientas que sirvan al médico para tener información actualizada y con sustento científico, que le permita brindar la mejor atención a los usuarios.

Para el desarrollo de las GPC se debe considerar un enfoque integral de atención, que toma en cuenta los niveles de atención con sus respectivas líneas de acción, en éstas se deben identificar las acciones que se desarrollarán en todos los niveles y las medidas preventivas y, en su caso, manejo ambulatorio de cada paciente.

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD



Nota: Para leer Gráfico, ver Registro Oficial Suplemento 173 de 16 de Abril de 2010, página 22.

Las GPC deben cumplir ciertas características básicas, para favorecer su implementación e implantación (5):

Característica Descripción

Credibilidad Las guías deben ser desarrolladas por organizaciones o personal de atención a la salud de prestigio reconocido en dicha área y con la mejor evidencia de estudios realizados. Se efectuará un proceso de validación

Validez Una guía es válida, cuando una vez aplicada, logra el beneficio esperado (en términos de salud del paciente y/o económico)

Reproducibilidad A partir de la misma evidencia científica y utilizando el mismo método, diferentes expertos llegan a las mismas conclusiones

Representatividad En el grupo multidisciplinario responsable de la elaboración de las guías se deben reflejar todas las opiniones de los involucrados en los diferentes procesos de atención

Aplicabilidad y

Flexibilidad Clínica La guía debe ser factible de aplicarse y contener elementos básicos que garanticen atención de calidad, permitiendo flexibilidad en su aplicación

Claridad Se deben evitar ambigüedades e imprecisiones, incluyendo lo referente a la traducción de guías escritas en otro idioma

Fortaleza de las Recomendaciones La guía debe especificar el nivel de evidencia científica y el grado de solidez de sus recomendaciones

Transparencia Es indispensable que se especifique el método por el cual se generó la guía, así como los integrantes y organizaciones que participaron en su elaboración

Revisión y Actualización Es esencial que se defina con qué periodicidad se realizarán las revisiones y actualizaciones

(5) Adaptado de Guías de Práctica Clínica. Instituto Mexicano de Seguridad Social. 2007 Dra. Nilhda Villacrés, Junio 2009.

Además, se elaborarán guías de procedimientos de visitas a domicilio y de hospitalización domiciliaria, a más de otras actividades extramurales desde el primer nivel; para la coordinación con los diferentes niveles de complejidad para el control post-quirúrgico, rehabilitación, cuidados paliativos, riesgos sociales, acompañamiento a la familia con enfermos crónicos y adultos mayores, educación y auto-cuidado, para disminuir las secuelas de las enfermedades (responsabilidad entre

niveles).

En Anexo No. 4 el plan de trabajo para el desarrollo de las GPC.

5.4 Establecer y estandarizar el nivel de complejidad y capacidad resolutive de todas las unidades médicas del IESS, garantizando la calidad, sin sobreposición de funciones, ni brechas en la atención; con servicios desconcentrados y polivalentes para el funcionamiento en red plural.

Se consideran prestadores de salud (profesionales o establecimientos) aquellos que estén ubicados por zona geográfica/territorio definido y debidamente calificados por el Seguro de Salud Individual y Familiar.

Dichos prestadores calificados son:

- a) Prestadores Propios: dispensarios anexos, dispensarios del SSC, Unidades de Atención Ambulatoria, Centros de Atención Ambulatoria, Hospital 1, Hospital 2 y Hospital 3; y,
- b) Prestadores Externos: unidades de diferente nivel del sector público y del sector privado sin y con fines de lucro.

El prestador tendrá la obligación de atender a cualquier sujeto protegido que solicite atención de primer nivel perteneciente a su zona geográfica/territorio, u otro nivel, no le estará permitido restringir el alcance de la prestación de salud, ni exigir al asegurado un pago total o parcial por la prestación misma.

El prestador deberá garantizar la continuidad de la atención, en otros niveles de complejidad, a través del sistema informatizado, integral e integrado de referencia y contra-referencia, si el problema de salud lo amerita.

Para garantizar lo anterior se realizará:

5.4.1 Análisis de la capacidad resolutive de las unidades de primer, segundo y tercer nivel en cada zona geográfica de adscripción/territorio.- Se busca establecer una "fotografía"6 de la situación actual de las unidades del SGSIF respecto de: recursos humanos, tecnología, infraestructura y cartera de servicios. (Instrumento de Diagnóstico x UM ANEXO 5).

Lo anterior, permitirá un registro electrónico del levantamiento en terreno, de la capacidad operativa en todos los niveles de las zonas geográficas/territorios en: infraestructura, equipamiento, recursos humanos y estado actual de los prestadores propios del SGSIF.

Lo que permitirá establecer:

- El Diagnóstico Estructural: para conseguir un cuadro comparativo entre las unidades por región y por tipología con un inventario de sus capacidades técnicas, humanas, de infraestructura y de equipamiento, con la intención de potenciar los recursos de cada zona geográfica/territorio, en relación a:

- Tipo y ubicación de la unidad.
- Accesibilidad: vías de comunicación.
- Caracterización de las unidades y clasificación por complejidad en la zona geográfica/territorio (cálculo de distancias, recursos e infraestructura, equipamiento, sistema informático, etc.).

- El Diagnóstico funcional: que identificará en la zona geográfica/territorio el rol real o efectivo de la unidad operativa, independiente de su clasificación administrativa, con énfasis en la función dentro de la red plural a la que pertenece, para lo cual se establecerá:

- Las brechas con cartera de servicios en el sistema actual.



- Sistema de referencia contra referencia e identificación de cuellos de botella en la zona geográfica/territorio.
- Brechas en la atención en niveles de complejidad y entre niveles de complejidad de otros prestadores públicos y privados.
- La situación de la compra-venta de servicios de la unidad y de la zona geográfica/territorio.
- Estimación de necesidades (infraestructura, equipamiento y RRHH) y tiempos de cumplimiento.

5.4.2 Estandarizar el nivel de complejidad, capacidad resolutive y gestión de todas las unidades médicas y establecimiento de "unidades médicas tipo" del IESS para el funcionamiento en red plural.

Para hacer uso eficiente de los recursos disponibles, el IESS - SGSIF establecerá los CAA como la coordinación entre niveles de atención, a través del establecimiento de responsabilidades específicas y coordinación en la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos; divididas en actividades intra-murales y extra-murales. En caso de que en la zona geográfica no exista un CAA, entonces será la unidad de mayor complejidad con la modalidad de primer nivel anidado.

(6) El seguro general de salud para atender a la población objetivo cuenta con 18 hospitales, 24 Centros de Atención Ambulatoria (CAA) y 44 Unidades de Atención Ambulatoria (UAA); además se cuenta con 402 dispensarios anexos en las empresas con más de 100 empleados. A su vez el Seguro Social Campesino atiende con un equipo itinerante el primer nivel de atención con 583 unidades en todo el país de donde refieren al SGSIF para consulta especializada, exámenes especializados y atención hospitalaria.

Serán servicios desconcentrados, permanentes y multipropósito. (ANEXO 6 - Tipología y normativas)

GRAFICO III. Tipología de las Unidades de Salud del SGSIF y SSC

Nota: Para leer Gráfico, ver Registro Oficial Suplemento 173 de 16 de Abril de 2010, página 24.

NOMENCLATURA DEL GRAFICO III DE LA TOPOLOGIA:

D.A = Dispensario Anexo
U.A.A = Unidad de Atención Ambulatoria
D. SSC = Dispensario del Seguro Social Campesino
C.A.A = Centro de Atención Ambulatoria
Hosp. I = Hospital Básico
Hosp. II = Hospital 2do. Nivel
Hosp. III = Hospital 3er. Nivel

Para lo cual será necesario:

5.4.3 Auto-evaluación de las unidades médicas propias y externas, en base al Manual de Calificación/Acreditación del prestador actualizado.

Consiste en establecer un inventario -línea de base- del equipamiento y la infraestructura de las unidades médicas del subsistema zonal de servicios de salud y su proyección en función de los resultados estratégicos del PPI, incluyendo las necesidades de mantenimiento y reemplazo de equipos y de la infraestructura, en todos los niveles de atención y complejidad; para lo cual habrá que:

- Establecer la relación entre disponibilidad de los recursos humanos y producción: Contar con indicadores de morbilidad, producción y gestión con el objeto de fomentar una relación equilibrada entre personal administrativo y del equipo médico y con la administradora, en relación a evaluación del desempeño. (ANEXO 7).
- Generación de estudios de factibilidad y planes funcional para nuevas unidades operativas y



reformulación de las existentes, acorde a la tipología del IESS y los requerimientos de la población afiliada y de beneficiarios con derecho en el contexto de la red plural por territorio.

Requisito indispensable es contar con el manual de calificación/acreditación actualizado acorde a estándares internacionales y en coherencia con el tarifario institucional. Este manual debe actualizarse en un plazo de sesenta (60) días posterior a la vigencia de esta resolución.

5.5 Establecer al primer nivel como la puerta de entrada obligada a la plural de servicios de salud de forma territorializada, con un sistema de libre elección regulada dentro de cada zona geográfica/territorio de adscripción.

El primer nivel será el encargado de la síntesis de la información y de la distribución del flujo de referencia y contrarreferencia al resto de niveles de atención, y en este nivel, el asegurado, cualquiera sea la cuantía de su aportación, podrá elegir el prestador de servicios de salud en el primer nivel de atención dentro de las zonas geográficas de población definida, estableciéndose el Sistema de Libre Elección del Prestador regulada por territorio de adscripción que garantiza el derecho del afiliado y beneficiarios con derecho para elegir, de manera libre y voluntaria, el prestador de servicios de salud en el primer nivel de atención dentro de un territorio en base a:

- a) Para el afiliado bajo relación de dependencia y voluntario, de acuerdo a su domicilio o, en caso de manifestar su preferencia, de acuerdo a su lugar de trabajo; y,
- b) Para los beneficiarios dependientes del asegurado, jubilados, pensionistas, o afiliados sin relación de dependencia, de conformidad con su domicilio.

Pudiendo elegir entre la red plural de prestadores calificados ante el Seguro de Salud Individual y Familiar (profesionales o establecimientos).

La libre elección regulada a las unidades médicas de primer nivel básico se realizará de acuerdo a las fases de redistribución de la población por zona geográfica. Esta se ocupará de la resolución de los problemas de salud de acuerdo a la cartera de servicios normada para cada grupo de edad y perfil de riesgo.

Es responsabilidad del equipo de primer nivel, priorizar las demandas de su población afiliada para identificar las necesidades, actuar sobre ellas, evaluar los resultados específicos y establecer objetivos inmediatos, de mediano y largo plazo. Si el proveedor no cumple con los estándares de calidad definidos por su contrato o convenio de gestión, el afiliado, jubilado o beneficiario con derecho, podrá cambiar de prestador según el procedimiento establecido por el Seguro de Salud Individual y Familiar.

5.5.1 Primer nivel como puerta de entrada obligada: garantizará la continuidad de la atención y favorecerá la coordinación con los otros niveles de complejidad y almacenará la información médica.

El primer nivel de atención estará constituido por: Dispensarios Anexos (DA), Unidades de Atención Ambulatoria (UAA), Centros de atención Ambulatoria (CAA) y unidades del Seguro Social Campesino (SSC), además de los prestadores de primer nivel de la red plural, y será el responsable de referir al resto de unidades de mayor complejidad de la atención.

En este nivel se proporcionará el acceso abierto geográfico (desde la parroquia hasta la región) y regulado de forma territorializada de adscripción a los afiliados y sus familias, a jubilados y pensionistas, a través de "la libre elección del prestador regulada".

El primer nivel de atención de las unidades de salud propias se divide en:

Nivel básico integrado por: Los DA, UAA, y SSC, que tendrán equipos de salud compuestos por: médicos familiares y/o conversión de los generalistas y carrera desde la medicina rural en la seguridad social, enfermeras comunitarias, odontólogos integrales, representantes comunitarios y



jubilados. De acuerdo a las necesidades profesionales/población se aumentará el número de profesionales según estándar internacional (OMS) (3:1 generalistas-familiares/especialistas). Referirán hacia los CAA y hospitales de acuerdo a la patología y oportunidad de la atención.

Nivel de especialidades y cirugía de día integrado por: los CAA, y hospitales básicos con el primer nivel anidado, que tendrán atención ambulatoria de especialidades y triaje, coordinará con las unidades médicas del nivel básico para la atención específica de algunos problemas de salud. Se encargarán de la referencia y contrarreferencia, a través de un sistema informatizado integral e integrado, a las unidades de nivel básico y a los hospitales de 1er., 2o. y 3er. nivel de acuerdo a las patologías y guías clínicas.

5.5.2 Primer nivel como sintetizador de la información de los derechohabientes y su familia.

Toda la información derivada del sistema de servicios de salud será registrada y evaluada por la unidad de primer nivel elegida por territorio por el derechohabiente, lo que permitirá establecer intervenciones personalizadas de ser necesario.

La herramienta de registro se basará en el expediente único de historia clínica electrónica con los parámetros establecidos por la autoridad sanitaria (MSP) y la tecnología para lograr dicho objetivo será evaluada en función de parámetros de costo-efectividad y se coordinará entre la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar con sus dependencias y la Dirección de Desarrollo Institucional del IESS.

5.6 Sistema de Información.

Se establecerá un flujo adecuado de información de los derechohabientes a través de un sistema digital que integre el sistema de información y la historia clínica única del SNS en línea⁷ adaptados a la realidad de las UM, creando una relación a lo largo del tiempo y del espacio territorial nacional (continuidad longitudinal desde el nacimiento hasta el fallecimiento) garantizando portabilidad del derecho.

5.6.1 Registros médicos electrónicos: permitirán la coordinación y continuidad de la atención, y el seguimiento sistemático de los pacientes con enfermedades crónicas. (8)

Existen requisitos previos necesarios para viabilizar este proceso:

- La función de síntesis de la información con la historia clínica única (formato MSP) desde el primer nivel hasta el de mayor complejidad.
- Aplicación de ficha familiar (MSP) a la familia del afiliado como parte de las actividades extramurales de las unidades de primer nivel del SGSIF.

(7) Formatos del CONASA

(8) Boerma W., "Gatekeeping as a means to improve coordination in health care systems experiences from the Netherlands", presentación en el seminario internacional "Ventajas y desventajas de la existencia de una puerta de entrada preferencial al sistema de salud: experiencias para mejorar la coordinación entre los niveles de atención. Consultado: febrero 2009 (UP-SGSIF) Dr. Damián Gallegos- Lemos.

- Estadísticas electrónicas integradas por unidad, y división político - administrativa, consolidadas a nivel de jefaturas y subdirecciones del SGSIF. (Indicadores establecidos. Anexo 7).

5.6.2 Redes de información: El sistema de información del SGSIF se establecerá respecto de actividades de promoción, prevención, curación y acciones de asistencia sanitaria para lo cual se usarán guías del Sistema Nacional de Salud para la recolección, procesamiento y análisis de la información en los diferentes ámbitos de acción: Atención clínica individual y de grupos, planificación, gestión de servicios de salud, parámetros de evaluación control de calidad, formación,

investigación⁹. El proceso se iniciará con áreas geográficas/territorios pilotos para su posterior aplicación a nivel nacional.

- Gestión de información Clínica.

De forma obligatoria la información de la historia clínica se registrará electrónicamente. Así también la ficha familiar, el registro de la morbilidad, el registro de exámenes de laboratorio y auxiliares diagnósticos. A más de un registro de interconsultas y contra-transferencia.

Las prioridades de acción en los diferentes grupos de riesgo se identificarán a través del manejo de registros e indicadores para la toma de decisiones o para las acciones sanitarias. (ANEXO 7).

- Gestión de información epidemiológica

La información epidemiológica debe registrarse electrónicamente en cada zona geográfica/territorio y deberá consolidarse a nivel central por las jefaturas y subdirecciones del SGSIF/SSC y estará articulado con el sistema de información nacional de salud/MSP.

A nivel de las unidades operativas, la recolección y procesamiento de la información y la construcción de los perfiles epidemiológicos deberá estar codificada con la clasificación internacional de enfermedades CIE -10 y con la clasificación internacional en atención primaria CIAP2. Su análisis será la base para la planificación de cada unidad, del área geográfica/territorio y del nivel nacional.

Otras acciones de información que deberán desarrollar las unidades médicas del IESS serán:

- Establecer la vigilancia de la salud por territorio, a través de la coordinación de los sistemas de alerta epidemiológica para enfermedades de notificación obligatoria al MSP.
- Participar en las redes de salud centinelas para la vigilancia de problemas de la salud que disponga la autoridad sanitaria MSP; y la participación en los comités de fármaco-vigilancia.

5.7 Mejoramiento continuo de la calidad.

Es de trascendental importancia hacer notar que, sin hacer referencia al concepto de capital social, que incluye al personal de salud y al de apoyo administrativo, este queda implícito en todo el documento al basarse todos los lineamientos en el fortalecimiento de éste valor.

A continuación se describen los ejes que se entrecruzan y son imprescindibles para el logro de cada uno de los objetivos de la reorientación y fortalecimiento de los servicios de salud del IESS con enfoque individual, familiar, comunitario y en red.

5.7.1 Mejoramiento continuo de la calidad en las unidad médica

El mejoramiento continuo de la calidad comprende las acciones que corresponden a:

5.7.2 Gerencia estratégica, de proceso y de calidad en cada unidad médica.- El enfoque comprende la organización efectiva y eficiente de los establecimientos de salud y la red, para mejorar la calidad y eficiencia de las prestaciones con criterios de calidez y costo-efectividad.

Incluye:

- La operativización de los planes operativos anuales.
- La articulación de la programación (POA) con la presupuestación.
- La medición de costos.
- La facturación obligatoria.
- El monitoreo y evaluación trimestral de lo compromisos de gestión, valorando el cumplimiento de los indicadores y metas físicas y financieras. Elaboración de estadísticas, siendo responsables de



este proceso las jefaturas y subdirecciones del SGSIF, que consolidarán la información y prepararán intervenciones de fomento, regulación y control de la calidad en los procesos de gestión de los servicios, en concordancia con los lineamientos generales propuestos y consensuados por la DSGSIF.

- La definición de perfiles para cargos técnicos y de dirección con énfasis en la gestión de los servicios de salud, que deberán asignarse por concurso de oposición y merecimiento en las unidades de salud prestadoras propias de la Seguridad Social.
- El levantamiento de procesos para la gestión de los servicios de salud y de apoyo administrativo para las unidades de salud prestadoras propias de la Seguridad Social.
- La formulación y revisión periódica de guías de práctica clínica y terapéutica basada en evidencia científica y el estado del arte de la práctica médica.
- Un sistema de capacitación continuada en gestión y gerencia de servicios de salud y en gestión clínica para el recurso humano de las unidades de salud prestadoras propias de la Seguridad Social, financiado (parcial o totalmente, según merecimiento de el/la funcionaria) y coordinado con instituciones académicas.
- Establecer mecanismos de gestión desconcentrados de los servicios de salud, para las unidades de salud prestadoras propias de la Seguridad Social, que le garanticen funcionar eficientemente.

(9) OPS; Serie La renovación de la Atención de la Salud en las Américas No. 1 Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos APS; Washington D.C OPS, 2008

5.7.3 Calidad técnica: auditoría médica, mejoramiento de la calidad, aplicación de guías clínicas y desarrollo de personal en técnicas de atención al usuario.

5.7.4 Calidad percibida: sistema de medición de la satisfacción de usuarios, medición permanente.

5.8 Inversión y desarrollo del recurso humano del SGSIF-SSC-IESS

5.8.1 Fortalecer y reorientar la excelencia y el trabajo del recurso humano del SGSIF/SSC

Para una gerencia de los servicios de salud basada en las necesidades y prioridades locales con la asignación de un equipo responsable de familias, que evite la discontinuidad y fragmentación de la atención, es necesario un contingente de talento humano con excelencia técnica, compromiso y capacidad innovativa.

Para lo cual, se prevé fortalecer la docencia, formación, investigación clínica, de gestión de servicios y redes para el desarrollo del sistema del SGSIF y SCC a través de convenios con universidades para que los estudiantes, tanto de pre-grado como postgrado, roten por todas las unidades de primer nivel de salud del IESS. A continuación las actividades previstas.

5.8.2 Trabajo en equipos de salud (trans - disciplinarios) y con un sistema de incentivos.

Se fomentará una filosofía de trabajo en equipo orientando el diseño de los servicios de salud en red plural. El equipo de salud de atención directa ganará puntos e incentivos por la atención de calidad a los usuarios desde el primer nivel.

5.8.3 Formación continuada y en servicio (en su puesto de trabajo, la convertibilidad/reperfilación de los médicos generales a médicos familiares.)

Para todos los equipos de salud de las unidades médicas de la red para el manejo de los pacientes integralmente y eficazmente, en base a la estrategia de APSr, desde el primer nivel. Para lo cual se plantea las siguientes actividades:

Programa de formación de RRHH de salud en competencias técnicas y gerenciales en servicio.- Capacitación y formación de los recursos humanos en gestión de servicios de salud, donde la DSGSIF en coordinación con el Instituto de Capacitación e Investigación de la Seguridad Social



Ecuatoriana (ICISSE) facilitarán y organizarán capacitaciones para el personal que muestre interés en esta área; los estudios serán en línea y mediante tutorías, en convenio con las universidades (convenios marco) nacionales e internacionales para garantizar la calidad y el cumplimiento de los requisitos académicos.

Dentro del fortalecimiento de las unidades del SGSIF se priorizará la capacitación a los equipos de las 3 subdirecciones y 6 jefaturas del país en la definición, sobre el contenido y aplicación de los distintos procesos a partir de la reorientación y fortalecimiento de los servicios.

5.8.4 Elaboración del sistema de incentivos de capacitación

La aplicación de un plan de educación continua con la acumulación de puntos, sobre la base de un mínimo y ligados a la evaluación del desempeño del personal, de manera que la actualización en áreas médicas y de gestión será un requisito para permanecer en el puesto, o incluso avanzar a otro.

5.8.5 Conversión/reperfilación de médicos generales a familiares y/o formación en atención integral

Se plantea la conversión/reperfilación de los médicos generales a familiares a través de un proceso de al menos tres años de duración en convenios con las universidades formadoras de dichos recursos con base en las competencias establecidas por las sociedades científicas nacionales e internacionales para mejorar la capacidad resolutive actual de las UAA y CAA y Dispensarios del SSC.

Todos los profesionales que trabajan en el primer nivel de atención deberán asistir como requisito obligatorio a una formación en atención integral, independientemente de que se beneficien del proceso de conversión.

5.8.6 Estrategia para suplir el número de personal de salud en el primer nivel del SGSIF/SSC

Se plantea la articulación con el programa de medicina rural a través del establecimiento de convenios marco con las universidades públicas y privadas para articular las prácticas de medicina rural en unidades médicas del IESS (SSC y SGSIF) según demanda de la institución, logrando una sinergia de las acciones en beneficios de los afiliados y sus familias y fomentando una carrera en la Seguridad Social para los miembros del equipo de salud.

5.9 Establecer un funcionamiento en red plural a través de mecanismos de articulación con proveedores públicos, privados sin fines de lucro y privados con fines de lucro (en ese orden) en las zonas geográficas/ territorios de adscripción para garantizar la calidad, oportunidad, continuidad y optimización de los recursos.

Sustento Teórico.- "Durante las últimas dos décadas se han producido profundos cambios organizacionales en los mecanismos de financiamiento y en los modelos asistenciales en gran parte de los sistemas de salud. En términos generales, este proceso ha sido caracterizado como una tendencia de cambio desde el modelo tradicional, con una fuerte fragmentación de la organización de los procesos de atención médica hacia un nuevo modelo de atención, en donde la innovación más relevante está vinculada con el desarrollo de nuevos mecanismos de coordinación entre las unidades de producción, las redes.

Uno de los desafíos importantes es la articulación de modalidades productivas en una misma unidad organizativa (Centro de Atención Ambulatoria, hospital, etc.) pero a la vez entre unidades productivas, por otra, se trata de intervenir en las capacidades organizacionales de estas unidades que son la que le permiten adaptarse a los cambios de los escenarios actuales y futuros de salud.

La organización de redes plurales de servicios de salud necesita una comprensión de lo que significa construcción de redes. Las redes implican vínculos: se parte de una lógica de interconexión, relación, conexión de personas - instituciones que con sus potencialidades y debilidades se conjuntan en



torno a objetivos - acuerdos comunes.

Es importante definir los objetivos que permitan esta construcción y que tienen que tener como direccionalidad responder a los diferentes problemas y necesidades de salud de los diferentes grupos vitales de la población, es decir son "redes para, redes como medio, redes como forma de dar respuesta a las deudas que tenemos con la salud de la gente" (10).

Los niveles de construcción de redes se visualizan por niveles en el que se reconocen actividades necesarias y valores que predominan en los mismos.

Nota: Para leer Gráfico, ver Registro Oficial Suplemento 173 de 16 de Abril de 2010, página 28.

Estos niveles de construcción se constituyen en una matriz para la organización de las redes plurales de servicios de salud en un espacio población, e implica establecer que las redes es el instrumento para la organización de la provisión de servicios de salud lo que implica relaciones con las instancias e instituciones financieras y reguladoras tanto a nivel provincial como nacional" (11).

5.9.1 Gestión de la red plural desde el primer nivel de atención y distribución del flujo de referencia y contrarreferencia al resto de niveles de atención.

- Proceso de construcción de la red plural

Consiste en la combinación de recursos públicos y privados que debe evaluarse en función de su equidad, eficiencia y eficacia social en la prestación de servicios en todos los niveles de atención de cada zona geográfica/territorio del IESS.

Este análisis permitirá avanzar efectivamente en la conquista del objetivo de reorientar y fortalecer los servicios de salud del IESS con enfoque individual, familiar, comunitario y en red plural, adecuando las respuestas institucionales, ante el crecimiento y profundización de los problemas del sector salud.

La estrategia para la red plural tanto para los prestadores propios del IESS como para los prestadores externos, se basa en el desarrollo y fortalecimiento de sistemas integrales e integrados de servicios de salud basados en la atención primaria renovada.

La reorientación y fortalecimiento de los servicios de salud del IESS con enfoque individual, familiar, comunitario y en red plural rescata a la participación social, la intersectorialidad, la coordinación de fuentes financieras, la integración de programas, niveles de complejidad, la continuidad y la calidad de la atención. (12).

Esta integración racional, complementaria e inteligente considera las siguientes variables:

- Modalidad de gobierno/coordinación adoptada por el operador público en relación con el grupo o sistema multi hospitalario plural, operante en las áreas urbanas.
- Estímulos competitivos introducidos en cada realidad.
- Rol jugado por los sistemas de primer nivel y grupos hospitalarios públicos en la redefinición del modelo de oferta de servicios sanitarios en función de la consolidación de la lógica de trabajo en red plural.

(10) Rovre. 1999.

(11) Manual Operativo AUS. Anexo redes, SODEM. 2006.

(12) Resolución XV, Consejo directivo de la OPS.

Sobre la base de combinar estas variables se concluye la necesidad de que el IESS -SGSIF ejerza una direccionalidad y planificación estratégica fuerte, que se potencie la autonomía de las unidades operativas y la cooperación de los prestadores propios como parte de la red plural.

En ese entorno las intervenciones estarán dirigidas a:

- Reorganización de la oferta hospitalaria pública.
- Promoción de mayor espíritu empresario en la red pública, mediante el pleno reconocimiento de la autonomía gerencial y operativa de las unidades operativas de todos los niveles.

Las estrategias para activar el proceso de construcción de la red plural se enumeran a continuación:
(13)

- Construir voluntad política. Esto requiere dar respuestas a las preocupaciones políticas y técnicas. Percibir la posición ideológica de los gobernantes y convencer a la gente que sostiene a los políticos en sus funciones, demostrando la viabilidad técnica del proyecto y sus ventajas en términos comprensibles y medibles. (Fortalecer las redes locales y nacionales).
 - Poner acento en la convergencia. Esto es no plantearse la integración de los sistemas de implementación sino responder a las necesidades de la población de manera integral. (Ligarnos y compartir experiencias).
 - Hacer que la planificación sea un proceso colaborativo.
 - Enfocar los esfuerzos inicialmente para luego agregar otros componentes de acuerdo a un plan gradual y progresivo.
 - No encomendar la coordinación a organismos especializados involucrados con un sector de los actores participantes.
 - Crear actividades Inter-organizacionales aunque la toma de decisiones siga siendo vertical en cada parte interviniente. (Grupo de coordinación interinstitucional).
 - Reforzar la organización y responsabilidad comunitaria para fortalecer la coordinación local del proceso.
 - Apoyar proyectos en: capacitar al recurso humano, investigación, diagnóstico, planificación, ejecución, evaluación, teorización, retroalimentación y divulgación.
- Gestión de la red desde el primer nivel

La gestión de la red desde el primer nivel consistirá en establecer y articular procesos de los factores productivos (Recursos humanos, financieros, equipamiento), determinar y intervenir en las brechas prestacionales (productos) y optimizar la atención integral con decisiones que permitan a largo plazo el mayor beneficio de los usuarios en cada red plural asistencial.

Gráfico IV. Gestión de la Red SGSIF/SCC y red Plural

Nota: Para leer Gráfico, ver Registro Oficial Suplemento 173 de 16 de Abril de 2010, página 29.

(13) Manoukian E, Construcción de redes en salud El caso Cutral Có - Plaza Huincul, Tesis presentada como requisito parcial para la obtención del título de: Magíster en Economía y Gestión en Salud Instituto Universitario ISALUD, 2002
<http://argentina.oer.bvsalud.org/SPT--DownloadFile.php?Id=28> Consultado Agosto 2009 Dr. Damián Gallegos-Lemos UP-DGSIF

El primer nivel estará encargado de contar con una base con todos los usuarios y conocerá las tasas de referencia y contrarreferencia, perfil epidemiológico, entre otras.

5.9.2 Sistema informatizado integral e integrado de Referencia - Contrarreferencia.

El afiliado y los beneficiarios con derecho podrán acceder a los otros niveles de complejidad del sistema de servicios de salud desde el primer nivel de atención, si su problema de salud así lo requiere.

Los hospitales de segundo y tercer nivel de cada red plural, aceptarán las referencias enviadas

desde las unidades de primer nivel de forma territorializada. Una vez resuelto el evento tendrán la obligación de remitir la contra-referencia a la unidad correspondiente del primer nivel y/o a la unidad que originó la referencia.

Para lo cual se definen los aspectos estructurales para desarrollar:

1. Elaborar el mapa de referencia estableciendo vías de acceso a los servicios de salud en la atención de primer nivel por territorio (responsabilidad del primer nivel).
2. Elaborar el mapa de contrarreferencia con las redes articuladas por niveles de mayor complejidad y con otras redes especializadas de ambulancias, emergencias, atención especializada como el servicio de diálisis, atención de enfermedades oncológicas y catastróficas, etc.
3. Establecer un sistema de identificación de las prestaciones "trazadoras" que permitirán establecer el recorrido de la red plural y detectar cuellos de botella para agilizar los procesos y la fluidez de la información. i.e. Emergencias, partos, consultas de especialidad, cirugías mayores, hospitalizaciones, exámenes de gabinete y de imagen (14).

El afiliado o beneficiario con derecho siempre regresará a su acceso de entrada que es su unidad elegida de primer nivel de acuerdo a su zona geográfica/territorio.

Para lo cual se definen los aspectos funcionales:

1. Flujogramas para derivaciones entre niveles de complejidad. Se establecerán mecanismos para que se facilite el tránsito del afiliado y beneficiarios con derecho en la zona geográfica/territorio a través de la referencia - contrarreferencia informatizada de acuerdo a flujo-gramas, guías clínicas, protocolos elaborados por el MSP.
2. Triage hospitalario efectivo en los niveles de mayor complejidad. Se establecerá un espacio físico especialmente diseñado para el triaje, donde podrán examinar al paciente y determinar el nivel de urgencia re-direccionando al paciente cuando pueda ser manejado en una unidad de primer nivel y separar las emergencias que implican riesgo para la vida.

El triaje determinará la gravedad de los pacientes diferenciando los que deben ser ingresados por emergencia a los hospitales II y III de los que deben ser atendidos en menos de 48 horas en las unidades de atención ambulatoria.

Se establecerá una referencia-inversa realizando la transferencia y cita electrónica a las unidades de primer nivel a través del sistema informático de historia clínica en red y el centro de llamadas (call center).

(3) Prescripciones médicas.- Con la prescripción médica correspondiente, el asegurado retirará los fármacos de las farmacias de la Red Propia de acuerdo al cuadro de medicamentos del IESS y del cuadro básico de medicamentos del SNS.

En el caso del control y seguimiento de los derechohabientes con enfermedades crónicas, se debe ampliar y dotar a las unidades de primer nivel, de los fármacos de especialidad para garantizar la continuidad de los tratamientos contra referidos desde los otros niveles de complejidad. Para esto, las unidades deben tener un registro del número de crónicos que atienden, en concordancia con la dotación requerida por la unidad.

Igualmente esto rige para los prestadores externos que están obligados a prescribir los fármacos del cuadro básico de medicamentos del SNS.

4. Sistema integrado de emergencias y plan de contingencia de desastres.-El sistema integrado de emergencias médicas y plan de contingencias requiere un plan integral donde el primer nivel (UAAs - CAAs y dispensarios del SSC) sean la base y coordinadoras del sistema; dando inicio a la activación de la alerta de todo el sistema que incluya a todos los niveles. (i.e. sistema de ambulancias en red con el sistema nacional de salud)

5.9.3 Portabilidad

La gestión en red plural facilita la portabilidad del derecho a la atención de salud, que estará garantizado en todo el territorio nacional. Es decir, se garantiza la atención del afiliado, jubilado o beneficiario con derecho en caso de desplazamientos fuera del territorio al que está adscrito por un período menor de 30 días. Para períodos mayores, sea por cambio de trabajo o domicilio, el afiliado o jubilado deberá solicitar el cambio de red plural y puerta de entrada, previa verificación.

5.9.4 Preparación de los prestadores del IESS para integrar la red plural (microrredes territoriales) (15)

Se promoverá la coordinación del sector público, a través del establecimiento de microrredes pluri-institucionales de prestadores y gestión conjunta de las mismas; para lo que se establecerán convenios para el funcionamiento, en donde se definan las responsabilidades y compromisos de las unidades del IESS dentro de la red plural territorial.

(14) División de Inversiones y Desarrollo de la Red Asistencial, Guía metodológica "Estudio de Red Asistencial", Chile, 1997.

(15) Adaptado de: Prof. J. -P.Unger; Quito 29-30 de Octubre 2007 (CONESUP, FLACSO) Dr. Damián Gallegos-Lemos

Generando una inversión de la pirámide operativa y administrativa pudiendo establecerse la CAA la cabeza de la red plural; en caso de que en la zona geográfica no exista un CAA, entonces será la unidad de mayor complejidad con la modalidad de primer nivel anidado.

Para lograr:

- Responsabilidad de salud por zona geográfica/territorial de adscripción.
- Establecimiento de poblaciones definidas ligadas a zonas geográficas de salud/territorios.
- Planificación estratégica de salud por zona geográfica/territorio.
- Plan de cobertura universal interinstitucional en red plural.
- Equipo de gestión de microrred (UGM) pluri-institucional de coordinación rotativa de entre la red plural.
- Desarrollo de instrumentos legales para el funcionamiento de las microrredes y de la red plural.
- Sistema de información digital común para los aspectos prioritarios del funcionamiento en red plural.
- Incremento de la capacidad resolutoria de las unidades operativas propias de acuerdo al análisis de la demanda.
- Decisiones clínicas basadas en la evidencia.
- Promover técnicas polivalentes (supervisión, intervisión, auditorías de proceso, organización de pasantía de capacitación en el hospital de referencia, equipos inter-nivel, etc.).
- Desarrollo de mecanismos de participación social en las microrredes plurales.
- Cálculo del índice de accesibilidad de unidades propias y externas.

5.10 Reforzar y consolidar los mecanismos de Participación Social.

Tres áreas se definen en cada unidad operativa para implementar y fomentar la participación social: el auto-cuidado de la salud (promoción), la ejecución de actividades (prevención) y la gestión de los servicios (co-responsabilidad y co-gestión).

Para lo cual es necesario:

- La creación de los comités de usuarios y para veeduría ciudadana para el control de la calidad de las prestaciones de salud. (Facilitación Sb. Aseguramiento a través de seguimiento de los indicadores de calidad).



- La coordinación con los grupos ya formados, clubes del adulto mayor y club de crónicos. (Organización democrática de los derechohabientes).
- La creación del centro de atención al usuario donde se dará trámite a las quejas y sugerencias de los derechohabientes, para los procesos constructivos de mejoramiento acorde a cada contexto.

5.11 Cronograma de implementación.-

Se presenta el cronograma de implementación nacional en base al cual, y de acuerdo las características específicas, se realizará cada cronograma provincial. (Anexo 8)

ANEXO 1

Afiliados por unidad médica del SGSIF/Línea Base para estimación de Fase 1

UNIDAD MEDICA Población afiliada Total de según estadística 2008 Población Afiliados, pensionistas y SSC (23.5% que se atiende en el SIGSIF) 2009

R1 Pichincha, Esmeraldas y Santo Domingo 649.109 784.668

Hospital III Carlos Andrade Marín 245.600 296.891
Hospital II Esmeraldas 25.088 30.327
CAA Sto. Domingo de los Colorados 29.493 35.652
CAA Chimbacalle 65.100 78.695
CAA Batán 68.336 82.607
CAA Cotocollao 72.855 88.070
CAA Suroccidental 24.340 29.423
CAA Central 92.965 112.380
UAA San Juan 1.833 2.216
UAA La Ecuatoriana 1.126 1.361
UAA Sangolquí 12.195 14.742
UAA San Lorenzo 1.446 1.748
UAA Amaguaña 1.712 2.070
UAA Cayambe 3.819 4.617
UAA Tabacundo 3.201 3.869

R2 Guayas, Los Ríos, Galápagos y Santa Elena 435.044 525.898
Hospital III Teodoro Maldonado Carbo 92.877 112.273
Hospital II Babahoyo 22.957 27.751
Hospital I Durán 28.588 34.558
Hospital I Ancón 12.877 15.566
Hospital I Milagro 19.499 23.571
CAA Sur Valdivia 52.995 64.062
CAA Quevedo 8.681 10.494
CAA Norte-Tarqui 51.372 62.100
CAA La Libertad 9.243 11.173



CAA Central 36.068 43.600
CAA Letamendi 33.862 40.934
CAA Chile 51.886 62.722
UAA Ventanas 1.814 2.193
UAA Bucal 2.306 2.788
UAA El Empalme 1.682 2.033
UAA Vinces 1.434 1.733
UAA Daule 2.784 3.365
UAA Balzar 1.079 1.304
UAA San Cristóbal / P. Baquerizo 1.709 2.066
UAA Santa Cruz/P. Ayora 1.331 1.609

R3 Azuay, Cañar y Morona Santiago 97.638 118.029
Hospital III José Carrasco
Arteaga 44.117 53.330
CAA Central Cuenca 29.045 35.111
CAA Azoguez 9.827 11.879
CAA La Troncal 4.658 5.631
UAA Cañar 4.902 5.926
UAA Macas 3.155 3.814
UAA Sucúa 1.934 2.338

R4 Tungurahua, Cotopaxi, Napo
y Pastaza 104.315 126.100

Hospital II Latacunga 28.475 34.422
Hospital I Puyo 6.651 8.040
Hospital II Ambato 60.079 72.626
CAA Baños 4.192 5.067
UAA Pillaro 1.018 1.231
UAA El Tena 3.900 4.714

R5 Chimborazo y Bolívar 51.680 62.473

Hospital II Riobamba 33.494 40.489
Hospital I Guaranda 8.451 10.216
CAA Alausí 2.641 3.193
UAA Parque Industrial 1.794 2.169
UAA San Miguel de Bolívar 4.367 5.279
UAA Chunchi 933 1.128

R6 MANABI 103.320 124.897

Hospital II Portoviejo 20.119 24.321
Hospital II Manta 40.650 49.139
Hospital I Chone 17.896 21.633
CAA Bahía de Caráquez 3.268 3.950
CAA Jipijapa 7.554 9.132
UAA Paján 2.246 2.715
UAA Los Esteros - Manta 1.675 2.025
UAA Portoviejo 630731 5.912 7.147
UAA Calceta 2.632 3.182
UAA El Carmen 1.368 1.654

R7 Loja y Zamora Chinchipe 54.138 65.444
Hospital II Manuel Ignacio



Monteros 19.396 23.447
CAA Loja 16.048 19.399
UAA Zamora 4.906 5.931
UAA Cariamanga 5.323 6.435
UAA Celica 2.000 2.418
UAA Macará 6.465 7.815

R8 Imbabura, Carchi, Sucumbíos
y Orellana 57.948 70.050
Hospital II Ibarra 23.529 28.443
CAA Tulcán 7.192 8.694
CAA Otavalo 7.645 9.242
CAA Nueva Loja 7.304 8.829
UAA Cotacachi 1.993 2.409
UAA Atuntaqui 2.676 3.235
UAA El Angel 1.031 1.246
UAA San Gabriel 2.129 2.574
UAA El Coca 4.449 5.378

R9 El Oro 33.648 40.675
Hospital II Machala 20.410 24.672
UAA Zaruma 3.139 3.795
UAA Portovelo 1.580 1.910
UAA Piñas 1.760 2.128
UAA Santa Rosa 2.956 3.573
UAA Pasaje 2.479 2.997
UAA Huaquillas 1.324 1.601

TOTAL 1.586.840 1.918.234..

ANEXO 2

INSTRUMENTO ASIS

Análisis de Situación de Salud (16)

I. INTRODUCCION

En el presente documento se describe el conjunto de aspectos conceptuales y metodológicos para el análisis de situación de salud en un espacio geográfico y de población definida.

La situación de salud es la descripción y explicación de la realidad sanitaria por parte de un actor social y no es independiente de quien y desde cual posición describe y explica; por lo que se plantea como fundamental la participación de los actores sociales más relevantes del territorio en este proceso; por esta razón, la importancia de una conceptualización clara del proceso salud enfermedad, de sus determinantes tanto para el análisis como para la definición, implementación y evaluación de las intervenciones en salud (17).

II. OBJETIVOS

2.1 GENERAL:

Desarrollo en un territorio específico la formulación del análisis de situación de salud.

2.2. ESPECIFICOS:

- Análisis de la demanda.



- Análisis de la oferta.
- Análisis de los actores sociales en el territorio.
- Identificación de problemas y riesgos.

III. COMPONENTES

3.1 Análisis de la demanda

3.1.1 Caracterización del espacio-población (territorio).

Se refiere a la construcción de una base de datos de los aspectos fundamentales que permitirá, posteriormente, la descripción y explicación de la situación de salud. Está compuesto de un conjunto de variables que para su obtención es necesario, la identificación de las fuentes de información, la selección de la técnica de recolección de la información, el procesamiento de la misma y la construcción de indicadores.

a. ASPECTOS FISICO/GEOGRAFICOS:

- Orografía.
- Hidrografía.
- Clima.
- Vías de Comunicación.

b. ASPECTOS SOCIO/ECONOMICOS:

- Actividad Productiva:
 - * Actividad económica /población.
- Vivienda.
- Cobertura educativa.
- Distribución de la tierra.

c. PERFIL DEMOGRAFICO:

- Población por territorio y comunidad.
- Población por territorio y comunidad: urbano/ rural.
- Pirámide de población por edad, sexo, territorio y comunidad.
- Población por nivel educativo.
- Población por grupo étnico.
- Crecimiento vegetativo.
- Natalidad.
- Fecundidad.
- Saldo vegetativo.
- Tasa bruta de reproducción.
- Nacimientos.
- Defunciones: general, niños.

d. ASPECTOS HIGIENICO SANITARIOS:

- Abastecimiento y tratamiento de agua:
 - * Cobertura.
 - * Fuentes de agua.
- Letrinización.
- Excretas: cobertura.
- Basura.
- Servicios públicos:



- * Restaurantes.
- * Mercados.
- * Manipuladores de alimentos.

e. PROCESO SALUD ENFERMEDAD:

- Análisis de la morbilidad:
 - Consulta externa: causas y procedencia.
 - Hospitalización: causas y procedencia.
 - Emergencia: causas y procedencia.

- Análisis de la mortalidad:
 - Mortalidad Perinatal.
 - Mortalidad Materna.
 - Mortalidad Infantil.
 - Mortalidad x grupos de edad.
 - Muertes hospitalarias: mayor de 48 h y menor de 48 h.
 - Letalidad por servicio.
 - Primeras causas de muerte.

- Enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica.
- Principales riesgos para la salud.

(16) Villacrés N. Adaptación actualización de Guías Metodológicas "Práctica profesional Supervisada". Maestría en Salud Pública. Publicación CIES. Managua- Nicaragua. 1994. QUITO. 2009.

(17) Entendida como política, estrategia, programa o proyecto.

3.2 Análisis de la oferta.

3.2.1 Caracterización de los recursos en el territorio.

a. Establecimientos de salud en el territorio:

- Unidades de medicina tradicional y/o alternativa.

- No y cartera de servicios.
- Unidades de salud públicas:

Nota: Para leer Gráfico, ver Registro Oficial Suplemento 173 de 16 de Abril de 2010, página 35.

3.2.2 Unidad Médica del SGSIF (ANEXO 5)

Financiamiento y gasto:

- Fuentes.
- Flujo.
- Presupuesto asignado.
- Montos gastados por producto y línea de gasto.
- Costos de producción de los productos que se oferta.

3.3 Actores sociales: Análisis de involucrados, actores sociales clave.

a) Capacidades;



- b) Intenciones; y,
- c) Afinidades.

Nota: Para leer Cuadro, ver Registro Oficial Suplemento 173 de 16 de Abril de 2010, página 35.

Puede llenarse por cada problema seleccionado o en conjunto de la situación de salud del territorio

3.4 Identificación de problemas de la Unidad Médica del SGSIF:

En base a los datos obtenidos resumen:

3.4.1 A nivel del estado de salud (sanitario).

- Mapas de la situación demográfica.
- Mapa del perfil de salud.
- Mapas de riesgo derivado del análisis del contexto.
- Mapas de actores sociales y sus intereses.

3.4.2 A nivel de la gestión.

3.4.3 A nivel de la inversión.

3.5 Selección de los principales problemas del estado de salud, gestión y de la inversión.

3.6 Priorización de los principales problemas de estado de salud, gestión y de la inversión en un determinado espacio-población.

Cada problema de salud priorizado deberá, como mínimo, ser descrito según características de personas (sexo, edad), lugar, tiempo, así como se utilizará los recursos gráficos para estudiar el comportamiento a lo largo del tiempo de acuerdo a cada espacio-población.

Nota: Para leer Cuadro, ver Registro Oficial Suplemento 173 de 16 de Abril de 2010, página 36.

3.7 Construcción de la explicación situacional de los problemas priorizados. Utilizar cualquier técnica conocida.

3.8 Identificación de nudos críticos.

La construcción de la red explicativa facilita identificar los nudos críticos (cuellos de botella) donde deberían converger las intervenciones para modificar las manifestaciones del problema de salud.

Estará basado en el análisis de los factores causales de la red explicativa, considerando la modificación deseada del problema y los requerimientos de recursos necesarios para resolver el nudo crítico, para lo cual, nos preguntándonos cuanto cambia el problema con la resolución de uno, si la respuesta es mucho o significativamente, estamos frente a un nudo crítico; o nos preguntamos si a ese factor o factores los modificamos, el impacto que tenemos en el problema es significativo con la menor inversión de recursos. Lo anterior permite la selección de nudos críticos.

3.9 Análisis FODA.

3.9.1 Análisis externo

El análisis externo (fuera) de la organización a través de oportunidades y amenazas en relación a las 4 perspectivas

A cada factor identificado califique de 1 a 10 la urgencia de ser tratado, la tendencia que tiene en el



tiempo y el impacto que considera tiene en la organización. En cada una sumar la calificación y priorizar las 8 primeras.

OPORTUNIDADES

Nota: Para leer Cuadros, ver Registro Oficial Suplemento 173 de 16 de Abril de 2010, página 37.

3.9.2 Análisis interno

Para realizar el análisis interno (dentro) de la organización a través de fortalezas y debilidades en relación a las 4 perspectivas.

A cada factor identificado califique de 1 a 10 la urgencia de ser tratado, la tendencia que tiene en el tiempo y el impacto que considera tiene en la organización. En cada una sumar la calificación y priorizar las 8 primeras.

FORTALEZAS

Nota: Para leer Cuadros, ver Registro Oficial Suplemento 173 de 16 de Abril de 2010, página 38.

RESUMEN MATRIZ FODA

Nota: Para leer Cuadros, ver Registro Oficial Suplemento 173 de 16 de Abril de 2010, página 39.

IV. SINTESIS DEL ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD.

4.1 Análisis de la demanda.

4.2 Análisis de la oferta.

4.3 Identificación de problemas y riesgos.

Nota: Para leer Gráfico, ver Registro Oficial Suplemento 173 de 16 de Abril de 2010, página 39.

ANEXO 3

I. CONJUNTO DE PRESTACIONES DE PRIMER NIVEL:

Nota: Para leer Anexo, ver Registro Oficial Suplemento 173 de 16 de Abril de 2010, página 40.

ANEXO 4

Objetivos de las GPC:

- General:

Desarrollar, implementar y evaluar guías de práctica clínica para la atención integral de salud en el IESS, que articulen y armonicen las diferentes responsabilidades señaladas en los diferentes mandatos legales con el fin de mejorar la calidad y la eficiencia en las prestaciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad (detección temprana de riesgos), curación, rehabilitación y cuidados paliativos, en los diferentes niveles de atención.

- Específicos:

- Elaborar un inventario de protocolos y/o guías de práctica clínica existentes en donde se señale, de qué tipo de atención se trata, año de elaboración, participantes, aprobado por quién o entregado a quién.

- Ajustar el modelo nacional para el diseño guía clínicas y/o protocolos.

- Participar en la elaboración y aprobación de guías clínicas y/o protocolos en el CONASA.



- Revisar y elaborar participativamente versiones finales de las guías clínicas y/o protocolos que se han desarrollado en el IESS.
- Difundir e implementar las guías clínicas y/o protocolos elaborados.
- Establecer los mecanismos de evaluación y actualización de las guías clínicas y/o protocolos.

Estrategia de trabajo:

- Diagnóstico del estado del arte de la implementación de guías clínicas y/o protocolos en el país:
 - Ministerio de Salud y CONASA.
 - Otras instituciones de salud el país.
 - Internas en el IESS.
- Integración institucional al proceso de protocolización del CONASA en la discusión técnica y en los procesos de aprobación.
- Conformación de equipos de especialistas de diferente procedencia geográfica, alta excelencia y reconocimiento profesional para la revisión de guías clínicas y/o protocolos con una visión de aparatos y ciclo de vida y atención integral de salud.
- Elaboración y aplicación consensuada en los prestadores internos del IESS que dé uniformidad y normatividad nacional, pero a la vez, sea flexible y adaptable a las condiciones locales de cada unidad médica de los 50 problemas de mayor prevalencia, con apoyo de las aseguradoras provinciales y regionales en una fase inicial.
- GPC caracterizada por criterios explícitos y sistematizados sobre la efectividad de la evidencia apoyados por aspectos epidemiológicos y estadísticos, con evaluación de la evidencia y de la experiencia.
- Elaboración de la GPC utilizando el método formal que se apoya en medicina basada en evidencia, multidisciplinaria, producida a través de un proceso estructurado y de consensos formales (expertos, con apoyo bibliográfico, experiencia clínica y consensos) sometido a evaluación crítica.
- Difusión e implementación con mecanismo de cascada en todo el país, a todo el personal implicado, fijando fecha para la puesta en marcha del protocolo. Se implementarán las guías clínicas de atención por resolución del Consejo Directivo, mediante el cual se obligue su implementación y se determinen las sanciones por no aplicación. El proceso de implementación avanzará simultáneamente en los niveles de atención, y se hará una evaluación de la aplicación en áreas piloto para su implementación progresiva a nivel nacional.

Monitoreo y evaluación participante de la implementación, fijando la periodicidad con la cual se va a comentar y analizar el cumplimiento de las guías clínicas y/o protocolos para garantizar su utilidad. Se deben detectar los posibles problemas que surjan durante su aplicación. Para ello, se fijará un grupo de criterios para cada protocolo y el estudio de su grado de aplicación. En la práctica se llevará a cabo a través de una revisión retrospectiva del sistema de registro.

Nota: Para leer Cuadro, ver Registro Oficial Suplemento 173 de 16 de Abril de 2010, página 48.

Patología

1. Clasificación Internacional

- CIE 10
- CIAP 2

2. Definición.

3. Clasificación de la patología.

4. Diagnóstico: anamnesis, examen físico, algoritmo de diagnóstico de la patología.

5. Apoyos complementarios.

6. Tratamiento: incluye algoritmo de manejo de la patología por niveles de atención, medicamentos.

7. Objetivos terapéuticos y criterios de control.

8. Derivación.

9. Referencias bibliográficas.

Nota: Para leer Gráfico, ver Registro Oficial Suplemento 173 de 16 de Abril de 2010, página 48.

ANEXO 5

Nota: Para leer Anexo, ver Registro Oficial Suplemento 173 de 16 de Abril de 2010, página 48.

ANEXO 6

Tipología de las unidades operativas (19) IESS

Nota: Para leer Anexo, ver Registro Oficial Suplemento 173 de 16 de Abril de 2010, página 54.

ANEXO 7

Indicadores de Gestión SGSIF

(Documento entregado a las unidades médicas)

ANEXO 8

**CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACION PARA LA REORIENTACION Y
FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL SGSIF**

Nota: Para leer Anexos 7 y 8, ver Registro Oficial Suplemento 173 de 16 de Abril de 2010, página 58.