

DIRECCIÓN GENERAL

RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA No. IESS-DG-2018-0005-CMJ-RFDQ

CHRISTIAN MURGUEYTIO JERIA

**DIRECTOR GENERAL (E)
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL**

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 32 de la Constitución de la República del Ecuador prescribe que *“La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”*;

Que, el artículo 226 de la Constitución de la República del Ecuador establece el principio de legalidad, según el cual las instituciones del Estado, sus organismos, dependencias, las servidoras o servidores públicos y las personas que actúen en virtud de una potestad estatal ejercerán solamente las competencias y facultades que les sean atribuidas en la Constitución y la Ley;

Que, el artículo 227 de la Carta Magna establece que la administración pública constituye un servicio a la colectividad y como tal se rige por los principios de eficacia, eficiencia, calidad, jerarquía, desconcentración, descentralización, coordinación, participación, planificación, transparencia y evaluación;

Que, el artículo 233 de la norma suprema, determina que *“Ninguna servidora ni servidor público estará exento de responsabilidades por los actos realizados en el ejercicio de sus funciones, o por sus omisiones, y serán responsables administrativa, civil y penalmente por el manejo y administración de fondos, bienes o recursos públicos”*;

Que, el artículo 359 de la Carta Magna, establece que *“El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social”*;

- Que**, el artículo 362 de la Constitución manda que *“La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes”*;
- Que**, el artículo 370 de la Carta Magna establece que *“El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, entidad autónoma regulada por la Ley; será responsable de la prestación de las contingencias del seguro universal obligatorio a sus afiliados”*;
- Que**, el artículo 16, inciso primero de la Ley de Seguridad Social prescribe que el IESS es una entidad pública descentralizada, creada por la Constitución de la República, la cual está dotada de autonomía normativa, técnica, administrativa, financiera y presupuestaria, goza de personería jurídica y patrimonio propio, que tiene por objeto indelegable la prestación del Seguro General Obligatorio en todo el territorio nacional;
- Que**, la Ley Orgánica de Servicio Público regula la prestación de servicios de las servidoras y servidores del sector público; mientras que el Código del Trabajo norma a las trabajadoras y trabajadores del sector público;
- Que**, el artículo 35 de la Ley de Modernización del Estado, Privatizaciones y Prestación de Servicios Públicos por parte de la iniciativa privada, establece la facultad a los máximos personeros de las instituciones del Estado para delegar sus atribuciones a través de acuerdos, resoluciones u oficios;
- Que**, la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado, en el artículo 40 determina que las autoridades, dignatarios, funcionarios y demás servidores de las instituciones del Estado, actuarán con la diligencia y empeño que emplean generalmente en la administración de sus propios negocios y actividades, caso contrario responderán, por sus acciones u omisiones, de conformidad con lo previsto en esa ley;
- Que**, el artículo 1 de la Ley de Seguridad Social prescribe: *“El Seguro General Obligatorio forma parte del sistema nacional de seguridad social y, como tal, su organización y funcionamiento se fundamentan en los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiariedad y suficiencia”*;
- Que**, el artículo 30 en concordancia con el artículo 32, literales a) y f) de la Ley de Seguridad Social determinan que el Director General ejerce la representación legal, judicial y extrajudicial del IESS, y se establece como su prerrogativa, autorizar los actos y contratos y toda operación económica y financiera del Instituto sometida a su aprobación, hasta la cuantía que fijen las disposiciones generales del Presupuesto del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social;

- Que**, el artículo 32 de la Ley de Seguridad Social determina como facultad del Director General, entre otras, la de nombrar, promover, sancionar y remover al personal del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social;
- Que**, el artículo 33 de la Ley de Seguridad Social en concordancia con el artículo 127 de la Ley Orgánica de Servicio Público manda que en caso de falta o renuncia del Director General será encargado en dicho cargo el Subdirector General;
- Que**, La Ley de Seguridad Social en su artículo 111 señala que la Administradora del Seguro General de Salud Individual y Familiar del IESS, comprará servicios de salud a las Unidades Médicas del IESS y otros Prestadores de Salud públicos o privados, debidamente acreditados, mediante contratos, así como el control de la calidad de la prestación y la satisfacción del usuario, en términos de eficiencia, oportunidad y equidad.
- Que**, de conformidad a lo tratado y aprobado en la Sesión del Consejo Directivo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) de 1 de febrero de 2018, se resolvió encargar la Dirección General del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS al Magíster Christian Andrés Murgueytio Jeria; decisión que fue comunicada mediante Memorando Nro. IESS-PCD-2018-0042-ME, y acción de personal No. SDNGTH-2018-02362, que rige a partir del 2 de febrero de 2018; y,

En ejercicio de sus funciones y atribuciones, y de conformidad con lo establecido en los artículos 31 y 32 de la Ley de Seguridad Social, artículo 35 de la Ley de Modernización y demás ordenamiento jurídico invocado:

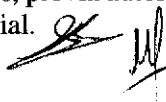
RESUELVE:

EXPEDIR LA DELEGACIÓN Y NORMAS GENERALES PARA LA SUSCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS LEGALES CON PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD DE LA RED PRIVADA COMPLEMENTARIA

**CAPÍTULO I
DELEGACIÓN Y PROCEDIMIENTO**

**TÍTULO I
DELEGACIÓN**

Art. 1 Delegación.- Se delega al Director del Seguro General de Salud Individual y Familiar para que a nombre y representación del Director General, suscriba a nivel nacional los convenios, contratos o instrumentos para la prestación de servicios de salud externos de acuerdo a las necesidades institucionales, previa autorización de la Dirección General del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.



TÍTULO II PROCEDIMIENTO

Art. 2. Responsabilidad del Informe.- Todo convenio, contrato o instrumento legal para la contratación de servicios de salud con prestadores externos, previo a su suscripción, contará con el informe que justifique la necesidad de suscribir el respectivo documento, el cual será responsabilidad de las Coordinaciones Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud, dentro del ámbito de su jurisdicción.

Art. 3. Contenido del informe.- La Dirección del Seguro General de Salud, Individual y Familiar, emitirá directrices de carácter general para la elaboración de informes que justifiquen la suscripción de convenios, contratos o instrumentos para la prestación de servicios de salud externos. Para el efecto, se considerará que las directrices emitidas y los informes que se derivan de ellas, contengan por lo menos la siguiente información:

- a) Accesibilidad geográfica;
- b) Insuficiente capacidad resolutive interna:
 - Falta de espacio físico,
 - Problemas de infraestructura y equipamiento, e,
 - Insuficiencia de personal;
- c) Plan de contingencia para mitigar la insuficiencia en la capacidad resolutive;
- d) Informe estadístico proyectado sobre la necesidad;
- e) Análisis sobre permiso de funcionamiento y vigencia;
- f) Identificación de partida presupuestaria donde se encuentran los fondos para sostener la ejecución del convenio;
- g) Informe de visitas a posibles prestadores con informe de selección de prestador; y,
- h) Determinación de plazo y cartera de servicios.

El informe estadístico señalado en la letra d) incluirá de forma obligatoria un estudio de demanda de servicios y, de la capacidad instalada disponible de servicios de salud, tanto de las unidades médicas, como de los actuales prestadores externos del IESS, que se encuentren geográficamente cercanas al establecimiento donde el nuevo prestador externo brindaría sus servicios.

El detalle de la capacidad resolutive de las unidades médicas del IESS, será suscrito por el Director Médico de la unidad objeto de análisis.

Será obligación de las Coordinaciones Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud, incluir dentro de su informe el levantamiento de la necesidad y la acreditación de prestadores externos, así como la recomendación sobre la suscripción del convenio correspondiente con el prestador seleccionado.

Art. 4. Remisión del informe.- El informe justificativo se remitirá, por parte de la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud a la Subdirección Nacional de Aseguramiento del Seguro de Salud para su análisis y validación correspondiente.

Una vez que el informe cuente con la validación descrita en el párrafo anterior, se lo pondrá en conocimiento de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar para que éste lo conozca, lo apruebe o desaprove y lo remita, de ser el caso, a conocimiento de la Dirección General para su respectiva autorización, de ser procedente. La Dirección General se apoyará en el dictamen que emita la Procuraduría General del IESS, respecto a la pertinencia de autorizar la suscripción del instrumento legal propuesto.

En caso que la Dirección General haya autorizado la suscripción del instrumento legal descrito, esta decisión se notificará a la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, para que el Seguro Especializado en mención proceda con la suscripción del convenio.

Art. 5. Modelo de instrumento legal.- La Procuraduría General del IESS, en coordinación con la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, elaborará y validará un modelo de convenio de prestación de servicios de salud, a fin de que sea utilizado por el referido Seguro Especializado en los instrumentos que éste suscriba.

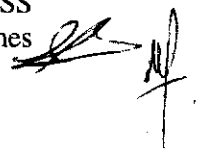
Art. 6. Suscripción del instrumento legal.- La Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, de conformidad a la delegación constante en el artículo 1 de la presente Resolución, velará que todo convenio a suscribirse, cuente con la documentación pertinente debidamente actualizada.

Art. 7. Efectos del convenio.- El convenio suscrito no constituye una obligación del IESS de remitir al prestador externo un flujo constante de pacientes, sino una obligación del prestador de recibir pacientes derivados del IESS, siempre que el Instituto no pueda brindar la prestación dentro de sus unidades médicas, por encontrarse su capacidad resolutive copada en su totalidad. La derivación de pacientes atenderá los principios de equidad entre los prestadores externos contratados. No podrá considerarse a la falta de derivación de pacientes por parte del IESS, un incumplimiento a los compromisos suscritos.

Art. 8. Herramienta Informática.- El IESS contará con una herramienta informática, a través de la cual, se gestionará toda acción atinente al registro de prestadores externos, detalles de la cartera de servicios, derivación de pacientes, activación o desactivación de los servicios del prestador externo, etc.; de conformidad a las funcionalidades de dicha herramienta.

Art. 9. Registro y activación inicial.- Una vez suscrito el convenio, la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar remitirá el expediente y todos sus habilitantes a la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud que corresponda, para que ésta notifique al prestador externo con el fin de que se registre en la herramienta informática elaborada por el IESS.

Es obligación del prestador externo registrarse en la herramienta informática del IESS destinada para el efecto. Realizado el registro, la Coordinación Provincial de Prestaciones



del Seguro de Salud, procederá con la activación inicial del prestador en la referida herramienta informática.

En la activación inicial, la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud verificará a su entera responsabilidad que solo se habilite la cartera de servicios aprobada en el instrumento legal suscrito. Una vez efectuada la activación inicial, el prestador externo quedará habilitado para recibir pacientes derivados del IESS, conforme lo establecido en el artículo 7 de este instrumento.

CAPÍTULO II DE LA ADMINISTRACIÓN Y EJECUCIÓN DEL CONVENIO

TÍTULO I DE LA ADMINISTRACIÓN Y SEGUIMIENTO

Art. 10. Administración.- Los Coordinadores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud actuarán como administradores de los convenios correspondientes a su jurisdicción, sin perjuicio del control y supervisión que la Dirección General del Seguro de Salud, Individual y Familiar ejerza sobre dichos instrumentos.

La Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar supervisará las acciones del administrador del convenio de forma constante.

Art. 11. Expediente.- Los administradores de los convenios tendrán la obligación de mantener un expediente de toda la documentación generada durante la ejecución del convenio, lo que incluye el registro de actividades de los prestadores en cuanto a la derivación y recepción de pacientes y, los reportes que se desprendan de la herramienta informática del IESS.

Art. 12. Informes para DSGSIF.- Los administradores remitirán a la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar un informe trimestral respecto a la ejecución del convenio y a la necesidad de mantener toda o una parte de la cartera de servicios del prestador activada o desactivada, considerando para el efecto la aplicación del plan de contingencia señalado en el artículo 3 de la presente resolución.

Art. 13. Informes para DG.- La Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar reportará las novedades sobre la ejecución de los convenios de prestación de servicios de salud, por prestadores externos, de forma semestral a la Dirección General, detallando al menos el número de derivaciones por prestador, el tipo de atención, la identificación del prestador, la calidad del servicio y la recurrencia de derivaciones por prestador.

Art. 14. Estadísticas.- La Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, a través de la Subdirección Nacional de Vigilancia y Gestión de la Información, tendrá acceso a toda la información generada por los administradores de los convenios; y, levantará estadísticas que servirán de respaldo para la emisión de políticas institucionales.

TÍTULO II DE LA SUSPENSIÓN Y SU LEVANTAMIENTO

Art. 15. Definición.- Suspensión es la acción adoptada por el administrador del convenio, siempre que éste haya remitido el informe pertinente y su petitorio haya sido autorizado por el Director del Seguro General de Salud Individual y Familiar, a través del cual se inhabilita de la herramienta informática la totalidad de la cartera de servicios del prestador, por un tiempo indefinido.

Incurren en suspensión los prestadores externos que hubieren faltado a cualquiera de sus condiciones legales para la prestación de servicios de salud, inclusive la variación legal de sus permisos de funcionamiento en detrimento de su cartera de servicios; y, los prestadores que hubieren incurrido en una falta técnica grave que les impida prestar un determinado servicio por más de 25 días.

La suspensión del prestador en la herramienta informática, por su gravedad, debe ejecutarse de forma inmediata a partir del conocimiento del hecho.

Art. 16. Levantamiento de la suspensión- El levantamiento de la suspensión procede cuando el prestador externo ha subsanado el motivo de su suspensión de forma definitiva.

El levantamiento de la suspensión del prestador en la herramienta informática no puede ser mayor a un término de 10 días, contado a partir de la solicitud ingresada por el prestador externo para que se levante la suspensión de la que ha sido objeto, siempre que haya subsanado la causal que motivó a dicha decisión.

La suspensión de un convenio que sea mayor a un mes, se considerará como una causal para su terminación.

CAPÍTULO III DE LA AMPLIACIÓN, TERMINACIÓN Y RENOVACIÓN DE LOS CONVENIOS

Art. 17. Ampliación o reducción de la cartera de servicios- El Director del Seguro General de Salud Individual y Familiar, a su entera responsabilidad y previo informe tanto del administrador del contrato, como de las Subdirecciones Nacionales de Aseguramiento del Seguro de Salud, Provisión de Servicios de Salud y Vigilancia y Gestión de la Información, podrá reducir o aumentar, la cartera de servicios del prestador externo, sin la necesidad de suscribir convenio alguno.

En los casos de ampliación de la cartera de servicios no se requerirá de convenio ampliatorio ni de aprobación por parte de la Dirección General, sino solamente la aprobación del Director del Seguro General de Salud Individual y Familiar, sin perjuicio del cumplimiento del procedimiento establecido en el Título II del Capítulo I de esta Resolución.

Una vez que se haya procedido con la autorización pertinente, el Director del Seguro General de Salud Individual y Familiar dispondrá al administrador la incorporación o reducción de la cartera de servicios en la herramienta informática que corresponda.

Art. 18. Terminación.- La terminación definitiva de convenios, contratos o instrumentos con prestadores de la Red Privada Complementaria de Salud, la realizará el Director del Seguro General de Salud Individual y Familiar a nombre y representación del Director General, fundamentándose en los informes emitidos por el administrador del contrato o, atendiendo a la valoración que realice sobre los resultados de las derivaciones efectuadas, en contraste con las gestiones de las unidades médicas para mantener el 100% su capacidad resolutive.

Son causales de terminación, todas las imputables en los respectivos instrumentos, a más de la inhabilidad legal permanente o de un período mayor a un mes del prestador, que le impida brindar los servicios materia del convenio.

Art. 19. Renovación.- La renovación de los convenios suscritos al amparo de esta Resolución Administrativa, se realizará a través del proceso descrito en el Título II del Capítulo I del presente instrumento.

DISPOSICIONES GENERALES:

PRIMERA.- Los funcionarios que ejerzan competencias en virtud de ésta delegación deberán observar que todas sus formas de manifestación de la voluntad descritas en los instrumentos estarán de conformidad a las normas del ordenamiento jurídico del país encaminada a los intereses institucionales. En consecuencia respetarán a cabalidad las disposiciones constitucionales, legales, reglamentarias, las emitidas por el Consejo Directivo y demás pertinentes aplicables al caso específico. Cualquier desviación dentro de su accionar, que infrinja los términos de las delegaciones, los convertirá única y exclusivamente en responsables. Los delegados no podrán a su vez delegar sus responsabilidades.

SEGUNDA.- La suscripción de instrumentos de prestaciones de salud con la red privada complementaria, se efectuará de conformidad a las disposiciones que para el efecto emane el Ministerio de Salud Pública y la Dirección General de Salud, Individual y Familiar.

TERCERA.- La Dirección General de Salud, Individual y Familiar, observará la entrega oportuna de los servicios de salud a los afiliados, jubilados, pensionistas y beneficiarios, ejercerá la supervisión de todos los instrumentos de prestaciones de servicios de salud externos.

CUARTA.- La Procuraduría General prestará el asesoramiento necesario y dentro del ámbito de sus competencias, tanto a la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar como a la Dirección General, en forma previa a la suscripción del instrumento

legal pertinente, durante su ejecución, y, en caso de suspensión o terminación del mismo; y, elaborará los instrumentos jurídicos necesarios y pertinentes para cada tema.

QUINTA.- Los convenios que actualmente se encuentran en ejecución, pasarán a ser administrados por los Coordinadores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud, de conformidad a cada circunscripción.

La Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar llevará un catastro de convenios, con sus respectivos respaldos, tanto físico como digital.

SEXTA.- Las derivaciones que se realicen por insuficiencia de personal y, por problemas de infraestructura y equipamiento, que no se amparen en forma paralela al plan de contingencia descrito en el Título II del Capítulo I de este instrumento, acarreará responsabilidades a los funcionarios encargados de la gestión administrativa y médica de las Unidades Médicas, y a los servidores encargados de la derivación.

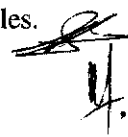
DISPOSICIONES TRANSITORIAS

PRIMERA.- En un término no mayor a 10 días, contados a partir de la fecha de suscripción de la presente resolución, los contratos en ejecución pasarán a ser administrados por los Coordinadores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud, de conformidad a cada circunscripción.

SEGUNDA.- La Procuraduría General del IESS, en coordinación con la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar en un término no mayor a 5 días, contados a partir de la fecha de suscripción de la presente resolución, emitirán el modelo de convenio a ser suscrito con los prestadores de salud externos.

TERCERA.- La Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar emitirá en un término de máximo de 7 días, contados a partir de la fecha de suscripción de la presente resolución, las directrices inherentes a los siguientes puntos:

- Gestión de validación de prestador y de emisión de informes técnicos y estadísticos para la contratación de prestadores externos;
- Actividades de administrador de contrato, incluyendo custodia del expediente y presentación de informes;
- Gestión de derivaciones de emergencia;
- Gestión de registro, activación, desactivación, suspensión y levantamiento del prestador externo y su cartera de servicios, a través de la herramienta informática;
- Criterios para evitar la discrecionalidad en la derivación de pacientes;
- Acciones para la ampliación y reducción de la cartera de servicios, renovación de convenio y terminación; y,
- Uso adecuado de la herramienta informática y determinación de responsables.



CUARTA.- La Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar emitirá en un término de máximo de 15 días, contados a partir de la fecha de suscripción de la presente resolución, para conocimiento de la Dirección General, el estudio de la capacidad instalada disponible de servicios de salud del IESS, así como la de sus prestadores externos vigentes, que contenga como mínimo información sobre: la zona en la que se encuentran, nombre de la unidad médica, cartera de servicios, capacidad instalada y capacidad utilizada. De igual manera se levantará la información de la demanda de estos servicios, la cual deberá incluir como mínimo la zona, procedimiento de la cartera de servicios demandados, número de citas demandadas y el período.

QUINTA.- El registro de proveedores se realizará a través de la herramienta informática con la que cuenta el IESS, misma que entrará en producción y utilización desde el 19 de febrero de 2018.

El Director Nacional de Tecnologías de la Información, el Gerente de Automatización, Director del Seguro General de Salud Individual y Familiar y, el Subdirector Nacional de Aseguramiento del Seguro de Salud serán responsables de poner en producción del desarrollo informático en mención.

DISPOSICIONES FINALES

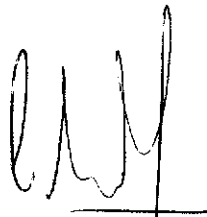
PRIMERA.- La presente Resolución entrará en vigencia a partir de la fecha de su suscripción, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial.

SEGUNDA.- Encárguese a la Dirección General de Salud, Individual y Familiar el cumplimiento y seguimiento de las disposiciones de la presente resolución.

TERCERA.- Encárguese a la Subdirección Nacional de Gestión Documental, la difusión de la presente resolución administrativa a nivel nacional.

CUARTA.- La presente resolución quedará sin efecto en caso de efectuarse un cambio de máxima autoridad.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.- Quito, Distrito Metropolitano al día 2 de febrero de 2018.



Christian Murgueytio Jeria
DIRECTOR GENERAL (E)
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL