

**PROYECTO DE RESOLUCIÓN ELABORADO EN EL SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR,
SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN**

La Ley de Seguridad Social, en su artículo 110 señala que los procesos de aseguramiento y compra de servicios estarán a cargo de la Dirección de la Administradora del Seguro General de Salud Individual y Familiar. La prestación de servicios médicos estará a cargo de las Unidades Médicas del IESS y de los demás prestadores de servicios de salud públicos y privados, debidamente acreditados por la Dirección, son sujeción a la reglamentación.

Entre las competencias y responsabilidades establecidas en el Reglamento Orgánico Funcional del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en el Art. 4, número 2.2.1, letra l) establece que la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar aprobará los procedimientos de facturación para su aplicación en las Unidades Médicas del IESS, dispensarios comunitarios del Seguro Social Campesino y otros prestadores de salud públicos y privados, acreditados y contratados de conformidad con los protocolos y procedimientos médicos y el tarifario vigente.

En cumplimiento con las disposiciones legales indicadas, es necesario contar con una norma que regule los procedimientos y requisitos administrativos para el pago a prestadores de salud del IESS, con la finalidad de garantizar un trámite administrativo ágil y eficiente que permita la atención oportuna a los usuarios del sistema de salud del IESS.

Con esta finalidad fueron revisadas las definiciones técnicas de otros instrumentos desarrollados en años anteriores, aclarando los documentos y procedimientos a presentar por los prestadores de salud e incluyendo lineamientos técnicos para la auditoría de la calidad de las cuentas médicas.

Que, la Constitución de la República establece en el artículo 360, en su apartado 2 dispone que 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 Constitución Política del Ecuador, en su artículo 32 estipula que para hacer efectivo el derecho a la vivienda y a la conservación del medio ambiente, las municipalidades podrán expropiar, reservar y controlar áreas para el desarrollo futuro, de conformidad con la ley.

Que, la Ley de Seguridad Social dispone en su artículo 110 establece la asignación de funciones.- Los procesos de aseguramiento y compra de servicios estarán a cargo de la dirección de la Administradora del Seguro General de Salud Individual y Familiar. La prestación de servicios médicos estará a cargo de las unidades médicas del IESS y de los demás prestadores de servicios de salud, públicos y privados, debidamente acreditados por la dirección, con sujeción a la reglamentación.

Que, la Ley de Seguridad Social menciona en su artículo 114 que, Son prestadores de los servicios de salud a los asegurados, las unidades médicas del IESS, las entidades médico

asistenciales, públicas y privadas, y los profesionales de la salud en libre ejercicio, acreditados y contratados por la dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, de conformidad con la presente Ley.

Que, la Ley de Seguridad Social establece en su artículo 116 que, en el primer apartado que, el asegurado, cualquiera sea la cuantía de su aportación, tiene derecho a elegir el prestador de servicios de salud de entre las unidades médicas del IESS y los demás establecimientos y profesionales acreditados y vinculados mediante convenio o contrato con la Administradora del Seguro General de Salud Individual y Familiar. El prestador no podrá negar la atención, ni restringir el alcance de la prestación de salud, ni exigir al asegurado que pague total o parcialmente el costo de la prestación de salud, el cual será facturado exclusivamente a la Administradora de este seguro, con sujeción a esta Ley y al Tarifario aprobado por el IESS.

Que, la Ley de Seguridad Social dispone en su artículo 125 que, la auditoría médica de los prestadores de salud será obligatoria, y estará a cargo de empresas especializadas, contratadas por la Administradora, con sujeción a las resoluciones de la Superintendencia de Bancos y Seguros.

Que, la Ley de Seguridad Social indica en su artículo 126 que, la auditoría médica tendrá a su cargo el examen objetivo, sistemático y periódico del cumplimiento de los protocolos de diagnóstico, terapéutica y prescripción farmacológica; y el establecimiento de responsabilidades por inobservancia de las normativas del Instituto sobre estas materias.

Que, la Resolución No. C.D. 308 estipula que, el Reglamento para la atención de salud integral y en red de los asegurados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

Que, la Resolución No. C.D. 327 establece el Reglamento de Aseguramiento y entrega de prestaciones del Seguro Social Campesino.

Que, la Resolución No. C.D. 457, artículo 4, numeral 2.2.1 letra l) dispone el Reglamento Orgánico Funcional del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

Que, la Resolución No. CD 461 establece el presupuesto consolidado del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en el ejercicio económico del año 2014.

Que, el Convenio Marco Interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública, Ministerio del Interior, Ministerio de Defensa, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional y el Ministerio de Salud Pública fue creado con la finalidad de formar la Red Pública Integral de Salud.

Que, el Instructivo 001-2012 indica la viabilidad de la atención en salud en unidades de la Red Pública Integral de Salud en la Red Privada (Complementaria) de prestadores de servicios de salud.

Que, el Manual Conceptual de Evaluación de la Pertinencia Médica preceptúa que la auditoría de calidad es la verificación que lo propuesto, y que es un sistema de calidad de una institución.

Que, el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud establece que es el instrumento técnico que regula el reconocimiento económico de la prestación de servicios de salud, tanto institucionales, como profesionales, proporcionados por las instituciones de salud públicas y privadas en el marco de la red pública integral y complementaria del Sistema Nacional de Salud.

EN USO DE LAS ATRIBUCIONES QUE LE CONFIERE EL ARTÍCULO 27, LETRAS i), j) DE LA LEY DE LA SEGURIDAD SOCIAL

RESUELVE

EXPEDIR EL SIGUIENTE MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA FACTURACIÓN DE LAS CUENTAS MÉDICAS

OBJETIVO GENERAL

Establecer, unificar y normar los procedimientos administrativos para la realización de la evaluación de la calidad de las cuentas médicas de las prestaciones ejecutadas por los Prestadores de Salud del IESS, con la finalidad de garantizar un trámite administrativo ágil y eficiente.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Normar el procedimiento para la recepción y verificación de los documentos habilitantes del proceso de la calidad de las cuentas médicas.
2. Establecer los criterios y herramientas que validen la pertinencia médica
3. Definir los lineamientos operativos para la liquidación financiera

ALCANCE

El presente Manual será de aplicación obligatoria a nivel nacional en las Subdirecciones/Unidades Provinciales de Prestaciones de Salud, Seguro Social Campesino y Prestadores de Salud del IESS.

DEFINICIONES Y SIMBOLOGÍA

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 lo beneficios que consagra dicho Seguro.

Auditora de Facturación.- Proceso de control que verifica la legalidad, veracidad y oportunidad del contenido de las facturas presentadas para el pago.

Auditoría de la calidad de la facturación de las cuentas médicas.- Es la revisión sistemática, organizada, independiente y técnica de la documentación enviada por los prestadores de servicios, para el reconocimiento económico por parte de la institución. Esta revisión garantiza que la documentación, procesos y procedimientos en ella reflejados se ajustan a los términos de la relación interinstitucional y lo establecido en los convenios u otros acuerdos técnicos y legales vigente entre las partes.

Auditoría de terreno.- Es un proceso cuyo principal objetivo es acompañamiento en el lugar de la prestación del servicio, mediante una revisión documental de la atención brindada o del prestador y del beneficiario en tiempo real.

Auditoría médica.- Es el análisis sistémico de procesos de atención de salud comparados con estándares aceptados mundialmente o creados para el efecto de manera local. Es una valoración sistémica de las actuaciones y decisiones de las personas e instituciones para determinar o evaluar si las actividades prestadas relacionadas con la calidad de los servicios, cumplen con lo planificado.

Beneficiario con derecho.- Es la personal natural protegida por el Seguro General Obligatorio favorecida por efecto de su relación/filiación con el afiliado o causante.

Cartera de servicios por ciclos 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.

Emergencias: Son los estados patológicos de manifestación súbita y grave, así como el caso de enfermos que hallándose bajo tratamiento, sufrieren agravamiento repentino, y de los accidentes que requieran de atención de salud inmediata, que al no ser otorgada podría poner en peligro la vida o dejar secuelas que afecten la integralidad funcionalidad u orgánica del paciente.

Expediente.- Es el conjunto de documentos técnicos y administrativos producto de las prestaciones de salud brindadas a un paciente en una atención determinada, en un servicio ofertado por el prestador

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 experiencia; apoyadas en consensos formales (experto, con apoyo bibliográfico y de motores de búsqueda, experiencia clínica entre otros y de aceptación cultural).

Jubilado.- Es toda persona natural que habiendo cumplido los requisitos establecidos en la ley, goza de una pensión concebida o pagada por el Seguro General Obligatorio.

Objeción.- Es toda aquella observación del área de pertinencia médica, que puede ser levantada por el prestador al completar la información o justificar con soportes adecuados.

Prestadores de Salud.- Son aquellos profesionales o establecimientos, autorizados para prestar servicios de salud debidamente calificados/acreditados por las Instituciones Financiadoras de la Red Pública Integral de Salud circunscritos a zonas geográficas definidas.

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 de todos los niveles de atención de cada zona geográfica.

Red Complementaria.- Es la red de servicios de salud conformada por unidades médicas externas (proveedor externos) de cualquier nivel de atención o complejidad.

SIM(AS-400).- Sistema de Información Médico utilizado a nivel nacional por los prestadores de la red de prestadores internos del IESS para la atención del paciente, el cual dispone de una historia clínica a nivel nacional

Sistema Operativo de Auditoría Médica (SOAM).- es un sistema automatizado que se ejecuta en tres módulos:

- Carga de información
- Pertinencia médica
- Liquidación financiera

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

Trámite.- Es el conjunto de expedientes por las atenciones dadas a los pacientes, en un período determinado y por servicio, esto es uno por hospitalización, uno por emergencia, uno por ambulatorio, etc.

SIMBOLOGÍA

IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

SSC: Seguro Social Campesino

ISSFA: Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas

ISSPOL: Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional

MSP: Ministerio de Salud Pública
MF: Ministerio de Finanzas
SGSIF: Seguro General de Salud Individual y Familiar
RPIS: Red Pública Integral de Salud.
SOAM: Sistema Operativo de Auditoría Médica
SOAT: Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito
FONSAT: Fondo de Seguro Obligatorio de Tránsito
SRI: Servicio de Rentas Internas

1. RESPONSABILIDADES

- 1.1 El Subdirector(a)/Jefe Provincial de Prestaciones de Salud y del SSC, será el responsable del monitoreo y control de todo el proceso técnico auditoría de la calidad de las cuentas médicas a prestadores de salud del IESS, la elaboración de un informe ejecutivo mensual en base a indicadores y estándares; la designación de los funcionarios que coordinarán las áreas de pertinencia documental y de pertinencia técnica médica (ver. Anexo A “perfil requerido referencial”); la conformación del equipo de auditoría médica de la calidad; la conformación del equipo liquidación de cuentas; y la conformación de un equipo de determinación de responsabilidad patronal.
- 1.2. El Subdirector(a)/Jefe Provincial de Prestaciones de Salud y del SSC, será responsable de asignar un área específica para la conservación y custodia de los expedientes médicos presentados por los prestadores de salud, el mismo que deberá contar con las seguridades y protecciones básicas para el resguardo y conservación de la misma, como lo dispone la norma de control interno No. 405-04
- 1.3. Los prestadores de salud de la red pública integral de salud, y de la red complementaria, son responsables de subir en la plataforma informática de auditoría médica la estructura de información en archivo plano y remitir en medio magnético los documentos para la verificación correspondiente
- 1.4. El coordinador del área de pertinencia documental, será el responsable de:
 - 1.4.1. El monitoreo y control del cumplimiento de los procedimientos para la validación de los documentos habilitantes para la auditoría de la calidad de las cuentas médicas; se debe aclarar que para el caso de las empresas externas que brindan este servicio, el monitoreo y control estará a cargo de la Subdirección de Control del Seguro de Salud.
 - 1.4.2. Mantener y disponer controles automatizados del registro de la recepción de los trámites presentados por los prestadores; así como la entrega de los mismos al área de pertinencia médica. Se debe aclarar que para el caso de empresas externas que cumplen con esta actividad, la generación de reportes sobre la recepción de trámites y su posterior entrega al área de pertinencia

médica es de su exclusiva responsabilidad, sin embargo es obligación de estas entregar los reportes a pedido de la Subdirección de Control del Seguro de Salud.

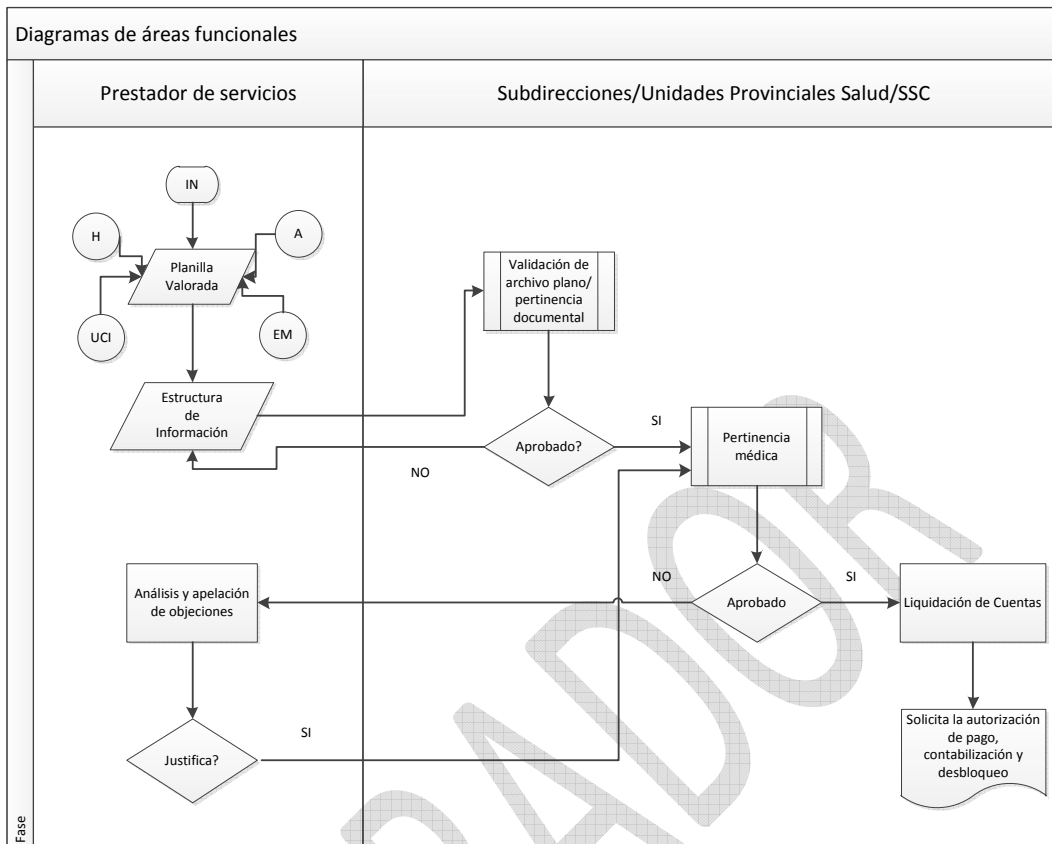
- 1.4.3. La entrega de la información requerida por la Institución para el análisis y toma de decisiones
- 1.5. El coordinador del área de pertinencia técnica médica, será responsable de:
 - 1.5.1. El monitoreo y control del cumplimiento de los procedimientos para la revisión de la pertinencia médica y liquidación de cuentas; se debe aclarar que para el caso de las empresas externas que brindan este servicio, el monitoreo y control estará a cargo de la Subdirección de Control del Seguro de Salud.
 - 1.5.2. Consolidación de indicadores de la calidad de los servicios médicos prestados, y el grado de satisfacción del usuario.
 - 1.5.3. Elaboración de un informe mensual sobre los indicadores de gestión más relevantes del área de pertinencia médica y de liquidación de cuentas
 - 1.5.5 La entrega de la información requerida por la Institución para el análisis y toma de decisiones.
- 1.6. El/la profesional que operativamente realiza el proceso de revisión de la pertinencia médica, será responsable de la evaluación de la consistencia del contenido de la información de los expedientes y la determinación de objeciones en cumplimiento a las leyes, normas y demás documentos vigentes que regulan este procedimiento.
- 1.7. El equipo de auditoría médica de la calidad, será el responsable de cumplir con las actividades señaladas en el Manual de Evaluación de la Pertinencia Médica
- 1.8. Las Direcciones Provinciales, serán las responsables de consolidar la información y efectuar los registros administrativos y financieros que correspondan al proceso objeto de este Manual.
- 1.9. La Subdirección de Control, serán las responsables de consolidar la información, monitorear los indicadores de gestión, y el envío de reportes a la Dirección del Seguro General de Salud para la toma de decisiones.

2. POLÍTICAS

- 2.1. En la plataforma informática de auditoría médica se receptorá los trámites de atenciones pre hospitalarias, hospitalarias, ambulatorias, emergencias, y de recuperación. Plataforma que debe validar si el prestador de servicios de salud, dispone de una acreditación vigente.

- 2.2 La falta de alguno de los documentos señalados en el numeral 5.2, será motivo de devolución del expediente.
- 2.3. Se procederá con la pertinencia médica, si toda la información y documentación habilitante se encuentra completa
- 2.4. La liquidación y pago de los valores aprobados se ejecutará inmediatamente después de realizar la pertinencia médica.
- 2.5. Las apelaciones y presentación de justificaciones por las objeciones parciales o totales realizadas, se efectuarán por cada prestación médica y por una sola ocasión.
- 2.6. Las apelaciones y presentación de justificaciones por objeciones parciales o totales realizadas generarán un nuevo trámite relacionado al número de trámite original.
- 2.7. Los subprocesos de liquidación de cuentas y generación de pagos estarán sujetos a la dinámica y plataforma tecnológica aprobada por el SGSIF.
- 2.8. El Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud Pública, constituye el instrumento para la compra y venta de servicios entre instituciones de la red pública y/o privada, y registra el techo máximo para el pago por la compra de servicios de salud.
- 2.9. Se procederá al pago únicamente de los valores reconocidos por auditoría/pertinencia médica y liquidación de cuentas.

3. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO



Ingreso: El área de facturación en los prestadores de servicios, registran las atenciones médicas ejecutadas en los diferentes servicios como: H: hospitalización, A: ambulatorio, UCI: unidad de cuidados intensivos, EM: emergencia, etc.

Estructura de información: El prestador de servicios, dentro del período establecido, y luego de otorgar la(s) atención(es) médica(s), suben la estructura de información en archivo plano en la plataforma informática de auditoría médica.

Validación de archivo plano y pertinencia documental: Las Subdirecciones/Unidades Provinciales de Prestaciones de Salud y del Seguro Social Campesino, reciben las estructuras en la plataforma informática de auditoría médica, lo validan y proceden con la revisión de los documentos de sustento. Con la aprobación de este subproceso, se da inicio al subproceso de pertinencia médica., ejecutan los subprocesos de pertinencias documental y pertinencia médica.

Pertinencia médica: Las planillas valoradas y la documentación de sustento son sometidas a la evaluación médica para determinar los valores aprobados y objetados por las atenciones de salud efectivamente brindadas.

Liquidación de cuentas: las planillas con los valores aprobados, se someten a una liquidación económica de cuentas, para finalmente solicitar la autorización de pago, la contabilización y el desbloqueo correspondiente.

4. INDICADORES DEL PROCESO

Nombre del Indicador	Forma de Cálculo	Frecuencia	Responsable
De eficacia: aceptación de estructuras de información	(No. estructuras aprobadas/No. estructuras presentadas) * 100	Mensual	Pertinencia documental
De eficiencia: nivel de aprobación de la facturación	(valor aprobado/valor total planillado)*100	Mensual	Pertinencia médica
De eficiencia: nivel de apelaciones aceptadas	(valor de apelaciones aceptadas/valor de objeciones) * 100	Mensual	Pertinencia médica
De cumplimiento: expedientes auditados	(No. De expedientes auditados/No. estructuras aprobadas) * 100	Mensual	Pertinencia médica
De eficacia: auditorías de campo realizadas	(No. De auditorías de campo realizadas/No. De auditorías de campo planificadas) * 100	Trimestral	Pertinencia médica
De eficacia: generación de pagos a favor de prestadores	(Valor de solicitud de pago/Valor Total aprobado por pertinencia médica) * 100	Mensual	Subdirector Provincial

5. PROCEDIMIENTO PARA LA VALIDACION Y VERIFICACION DE LOS DOCUMENTOS HABILITANTES PARA LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE FACTURACIÓN DE LAS CUENTAS MEDICAS

5.1 Los prestadores de salud deben subir el archivo plano con la estructura de información en la plataforma informática de auditoría médica de acuerdo a las siguientes consideraciones:

5.1.1. Los prestadores internos del IESS, en forma obligatoria presentarán a las Subdirecciones/Unidades Provinciales de Prestaciones de Salud, la estructura de información en archivo plano (se anexa Instructivo de la estructura del archivo plano de atenciones médicas), dentro de los cinco (5) primeros días laborables del siguiente mes de realizadas las atenciones.

5.1.2. Los prestadores de la Red Publica Integral de Salud, subirán en la plataforma informática de auditoría médica la estructura de información en archivo plano y los

documentos detallados en el numeral 5.2, dentro de los diez (10) primeros días calendarios del siguiente mes de realizadas las atenciones.

- 5.1.3. Los prestadores de la Red Complementaria subirán en la plataforma informática de auditoría médica la estructura de información en archivo plano y los documentos detallados en el numeral 5.2, dentro de los diez (10) días calendarios posteriores al alta o egreso del paciente para casos de pacientes atendidos en hospitalización y UCI. Para las prestaciones otorgadas y que son de tipo ambulatoria, los prestadores de la Red Complementaria, observarán el plazo establecido en el número 5.1.2
- 5.1.4. En los casos de pacientes cuyos episodios duren más de treinta días, la presentación de la estructura de información en archivo plano y la documentación detallada en el numeral 5.2, será con corte mensual dentro de los diez (10) primeros días calendarios del siguiente mes.
- 5.1.5. Luego de los plazos establecidos en los numerales 5.1.1, 5.1.2, 5.1.3 Y 5.1.4 no se receptorán estructuras, ni documentos de cuentas médicas.
- 5.1.6. El área de pertinencia documental validará los datos que contiene la estructura de información.
- 5.2 El área de pertinencia documental luego de validar la estructura de información, previo a la admisión del expediente y registro del número de trámite, verificará la siguiente documentación que deberá ser presentado por el prestador externo público o privado en medio magnético en forma general y de acuerdo al tipo de prestación así:

DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS PARA TODO TIPO DE PRESTACIÓN:

- Copia de la cédula de identidad o pasaporte del paciente y del afiliado que otorga el derecho. En el caso de un menor de edad dependiente, se presentará la cédula de identidad y/o la respectiva partida de nacimiento.
- En caso de jubilados, copia de carnet de jubilado
- En caso de montepío, copia de carnet de montepío
- En caso de afiliados al SSC, cédula de identidad del jefe de familia y beneficiario, carné del jefe de familia, solicitud de transferencia, según lo establecido en el Reglamento de Aseguramiento y entrega de prestaciones del Seguro Social Campesino.
- Oficio, Anexo 01, que identifique el mes y el servicio al que corresponden las planillas; se enviará un oficio por cada período de atención y por cada servicio.

DOCUMENTOS POR TIPO DE PRESTACIÓN:

- 5.2.1 Por atenciones de hospitalización:
- a. Formulario 053, Anexo 02, en caso de referencia /contra referencia o derivación, según el caso de aplicación
 - b. La planilla con los valores originados por la atención de salud prestada al usuario
 - c. Copia del Acta de Entrega Recepción de servicios a conformidad, Anexo 03, firmada por el paciente o su representante, como garantía de la atención recibida, calidad y gratuidad.
 - d. Formulario 008, Anexo 04, si el paciente fue atendido por emergencia, con la firma y sello del responsable del servicio
 - e. Formulario 002, Anexo 05, en el caso de que la planilla incluye servicios prehospitalarios.
 - f. Consentimiento informado por las cirugías y procedimientos establecidos en los protocolos y guías clínicas nacionales, Anexo 06.
 - g. Documentos que evidencian las prestaciones médicas otorgadas (El prestador usuario del SIM, se encuentra exento de la entrega de documentación en medio magnético de las prestaciones médicas otorgadas).
- 5.2.2 Por atenciones ambulatorias:
- a. Formulario 053, Anexo 02, en caso de referencia /contra referencia o derivación, según el caso de aplicación
 - b. La planilla con los valores originados por la atención de salud prestada al usuario
 - c. Acta de Entrega Recepción de servicios a conformidad, Anexo 03, firmada por el paciente o su representante, como garantía de la atención recibida, calidad y gratuidad.
 - d. Para los casos de muestras o resultados enviados a lectura e interpretación (por ejemplo placas de pap test u otras citologías, muestras de biopsias, entre otros), se requerirá únicamente: oficio del Director Técnico de la Unidad Derivadora que exprese la necesidad del servicio y el listado de los pacientes a los que corresponden las muestras o resultados (nombre, número de cédula o número de historia clínica).
 - e. Documentos que evidencian las prestaciones médicas otorgadas (El prestador usuario del SIM, se encuentra exento de la entrega de documentación en medio magnético de las prestaciones otorgadas).
- 5.2.3 Por atenciones en emergencia:
- a. Autorización de derivación o transferencia, emitida por la Institución responsable del paciente, según lo señalado en el Manual del Sistema de Referencia, Derivación y Contrareferencia.
 - 6 La planilla con los valores originados por la atención de salud prestada al usuario
 - b. Formulario 008, Anexo 04, si el paciente fue atendido por emergencia, con la firma y sello del responsable del servicio

- c. Documentos que evidencian las prestaciones médicas otorgadas (El prestador usuario del SIM, se encuentra exento de la entrega de documentación en medio magnético de las prestaciones otorgadas).
- 5.2.4 Para atenciones en servicios de diálisis:
- d. Solicitud de servicio emitida por el prestador
 - d. Autorización de derivación o transferencia, emitida por la Institución responsable del paciente, según lo señalado en el Manual del Sistema de Referencia, Derivación y Contrareferencia.
 - e. Cronograma mensual de cumplimiento de las sesiones
 - i. Acta de Entrega Recepción de servicios a conformidad, Anexo 03, firmada por el paciente o su representante, como garantía de la atención recibida, calidad y gratuidad.
 - j. La planilla con los valores originados por la atención de salud prestada al usuario
 - k. Documentos que evidencian las prestaciones médicas otorgadas (El prestador usuario del SIM, se encuentra exento de la entrega de documentación en medio magnético de las prestaciones otorgadas).
- 5.2.5 Para atenciones de servicio pre hospitalario:
- a. Formulario 002, Anexo 05
 - b. La planilla con los valores originados por la atención de salud prestada al usuario
- 5.3 Una vez que se acepta la información y documentación, se procederá a notificar electrónicamente al prestador en relación a la recepción a conformidad de la documentación.
- 5.4 El responsable del área de pertinencia documental, a través del sistema de auditoría médica, deberá obtener un reporte automático del ingreso de expedientes, para efectos de análisis y el cálculo de indicadores de gestión.
- 6. PROCEDIMIENTO PARA LA REVISIÓN DE LA PERTINENCIA MÉDICA**
- 6.1. Previo al inicio del proceso de revisión de la pertinencia médica se debe constatar que la siguiente información y documentación de consulta se encuentre actualizada:
- 6.1.1 El Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud Pública
 - 6.1.2 Acuerdos institucionales específicos alcanzados mediante el proceso de negociación y que se reflejan en los respectivos convenios
 - 6.1.3 Listado valorado de medicamentos e insumos médicos de carácter referencial
 - 6.1.4 Manual de Evaluación de Pertinencia Médica
 - 6.1.5 El Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos y las excepciones de la Ley de Medicamentos

- 6.1.6 La Resolución CD. 319, (fármacos que no constan en el Cuadro Nacional de Medicamentos)
- 6.1.7 Protocolos Médicos y Guías de Práctica Clínica, avalados por la Dirección General de Salud Individual y Familiar y remitidos al M.S.P.
- 6.2. Una vez que se ha recibido el expediente por parte del área de pertinencia documental, el cual se efectuará en estricto orden cronológico de antigüedad, se procederá con la verificación de la prestación del servicio, la calificación de la pertinencia de las prestaciones médicas realizadas y el cruce con los ítems facturados, actividades que deben ser resueltas de acuerdo a los siguientes plazos y tipo de prestación:

Tipo de Prestación	Plazo máximo de resolución por expediente
Ambulatoria y quirúrgica (hospital del día)	20 minutos
Hospitalización	60 minutos (2 horas)
Cuidados Intensivos	480 minutos (8 horas)

- 6.3 De ninguna manera la revisión efectuada, aplicará criterios personales discrecionales, se ajustará a los lineamientos señalados en este Manual, sin embargo se podrá solicitar información técnica ampliatoria para aclarar inquietudes razonables.
- 6.4. Como resultado de la verificación de la prestación y calificación de la pertinencia médica, se determinará el detalle del estado de la atención: aprobado u objetado parcial/total, y la descripción del motivo de la objeción de cada prestación. Este resultado debidamente sustentado, deberá ser comunicado por el coordinador del área de pertinencia médica, de manera electrónica al Prestador por cada trámite, inmediatamente luego de concluir con el proceso de pertinencia médica.
- 6.5. El prestador de salud, en conocimiento del resultado obtenido en el proceso revisión de pertinencia médica, deberá analizar las cuentas que fueron objetadas y presentarán de manera electrónica al área de revisión de pertinencia médica las apelaciones o justificativos por trámite en un plazo no mayor a treinta (30) días calendarios, a partir de la notificación realizada por parte del coordinador de pertinencia médica.
- 6.6. Si luego del plazo de treinta (30) días calendarios a partir de la recepción de la notificación por parte del coordinador de pertinencia médica, el Prestador no remite el archivo con las justificaciones del caso, se considerará como caso cerrado y no se receptorá reclamos posteriores.
- 6.7. En caso de que se considere procedente la presentación de los justificativos, se reexpedirá el trámite por una sola vez, y se reiniciará el ciclo de verificación y calificación de la pertinencia médica por expediente.
- 6.8. Además, el resultado obtenido y explicado en el literal 6.3, conjuntamente con la planilla individuales por prestador de servicios de los gastos correspondientes, será

enviado de manera electrónica al área de liquidación de cuentas, para ejecutar el procedimiento correspondiente de las cuentas que fueran aprobadas.

7. PROCEDIMIENTO PARA LA LIQUIDACIÓN DE CUENTAS

- 7.1. El equipo de trabajo de liquidación, se convertirá en el último filtro en la revisión financiera de las cuentas contenidas en las planillas que son aprobadas por el área de pertinencia médica.
- 7.2. De lo observado, procederán a elaborar y consolidar un reporte por tipo de prestador de servicios de salud, tipo de beneficiario y servicio, o en su defecto la devolución del trámite al área de pertinencia médica para la toma de medidas correctivas.
- 7.3. Con la liquidación de cuentas, se solicitará por vía electrónica al prestador externo público o privado la presentación la factura comercial cumpliendo los requerimientos del SRI, la cual deberá contener un desglose por subtotales y tipo de servicio así: atención ambulatoria, hospitalización, emergencia, servicio de diálisis, medicamentos e insumos.
- 7.4. Los prestadores de servicios de salud, deberán presentar la factura comercial y demás documentos para el pago, previa solicitud del área de liquidación de cuentas, en un plazo no mayor 24 horas laborable, luego de recibir la notificación correspondiente.
- 7.5. La liquidación de las cuentas por prestador, la factura comercial y el financiamiento correspondiente deberá ser enviado a la Subdirección/Unidad/Grupo Provincial de Servicios Corporativos de cada Dirección Provincial, para la emisión de la autorización de pago, la contabilización y la transferencia de recursos económicos, en un plazo no mayor a 48 horas luego de recibir la documentación por parte del área de pertinencia médica.

8. DISPOSICIONES GENERALES

PRIMERA.- Serán motivo de objeciones y suspensión de pago las planillas que registren atenciones que:

- No hayan sido solicitadas por la unidad derivadora
- No tengan justificación técnica médica para su realización y, por tanto no sean necesarias para atender la salud del paciente
- Estén duplicadas o sobrefacturadas
- No correspondan a lo señalado en los protocolos nacionales o a su falta en un protocolo institucional, local o internacional con soporte de medicina basada en evidencia
- Correspondan a las siguientes prestaciones:
 - a. Cirugía plástica con fines meramente cosméticos y estéticos
 - b. Exámenes médicos escolares o laborales (en casos del prestador externo público o privado)

- c. Tratamiento especializado de fertilidad
- d. Tratamientos de adelgazamiento o para ganar peso con fines puramente estéticos
- e. Tratamientos bioenergéticos
- f. Tratamientos experimentales
- g. Tratamientos de ortodoncia que tengan únicamente fines estéticos
- h. Habitación preferencial sin indicación médica
- i. Útiles de aseo
- j. Insumos de entretenimiento: revistas, periódicos, teléfono, internet
- k. Prestaciones médicas de maternidad en el caso de las beneficiarias de pensión de viudez.

SEGUNDA.- En caso exclusivo de niños menores de seis años y personas con discapacidades severas y graves que no puedan autovalerse, se dará cobertura a un solo acompañante de la siguiente forma: a) cama de acompañante en la unidad de salud donde se encuentre ingresado el paciente; b) dieta de acompañante provista por la unidad de salud donde se encuentra ingresado el paciente; c) transporte aéreo según indicación médica para el paciente

TERCERA.- El equipo de auditoría médica de la calidad, deberá realizar visitas aleatorias de control técnico médico, como mecanismo de garantía de la calidad de la atención que los prestadores brindan a los afiliados y beneficiarios, especialmente en atenciones que demanden una alta complejidad, y para solventar quejas presentadas por parte de los usuarios. Estas visitas pueden ser o no comunicadas a los prestadores y responderán

CUARTA.- En ningún caso el prestador de servicios de salud, requerirá al paciente o familiares garantía económica de ningún tipo para el ingreso del paciente o realización de un examen o procedimiento.

QUINTA.- En caso de procedimientos objetados que no fueran justificados y produzcan débitos definitivos, el prestador de servicios de salud no podrá requerir el pago al paciente o familiar. Cualquier cobro en este sentido será motivo de sanción.

SEXTA.- En caso de que la dinámica de la atención de salud y la necesidad de una atención oportuna al paciente, requiera la realización urgente de un procedimiento no autorizado inicialmente por el IESS, se informará de la urgencia de la situación al IESS y se procederá a dar la atención necesaria para salvaguardar la vida e integridad del paciente, incluso sin recibir inicialmente la autorización del caso. Posteriormente se enviará al IESS un informe técnico de la situación para regularizar la situación administrativa.

SEPTIMA.- Considerando que la atención en salud debe ser no solamente oportuna sino también integral, las unidades prestadoras brindarán el cuidado al paciente de la

patología por la que fue derivado, así como de las patologías concurrentes o que aparecieran mientras se encuentra ingresado en esa casa de salud. Sin embargo se deberá solicitar autorización al IESS para realizar cualquier procedimiento adicional no urgente.

OCTAVA.- Cuando el paciente requiera un procedimiento que no conste en el Tarifario, se procederá según lo señalado en la norma general del Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud. En la situación de que existan procedimientos de diagnóstico y tratamiento realizados en unidades de primero y segundo nivel que no registren unidades de valor relativo en la columna pertinente, su utilizará para el reconocimiento económico los valores de unidades del siguiente nivel, menos el 10%. Excepto en los procedimientos especiales, medicina física y rehabilitación, donde se aplicará las unidades de valor relativo del menor nivel establecido si es que el prestador está calificado en un nivel inferior.

NOVENA.- Será obligación de los prestadores de servicios proveer los medios (insumos, suministros, tecnología, recursos humanos y administrativos) suficientes y de calidad para garantizar una adecuada atención de salud.

DÉCIMA.- Cada Institución componente de la RPIS tiene la obligación de mantener actualizado la cartera de servicios y darla a conocer a la RPIS

DÉCIMA PRIMERA.- Los prestadores de servicios deben observar y aplicar el siguiente orden de cobro:

1. SOAT, en el caso de accidentes de tránsito, hasta el total de la cobertura
2. FONSAT, en el caso de accidentes de tránsito, hasta el total de la cobertura
3. IESS, ISSFA, ISSPOL, según las autorización y normativa vigente
4. MSP, según las autorizaciones y su normativa para los casos de pacientes si cobertura de ningún seguro.

DÉCIMA SEGUNDA.- Para los casos de referencia y derivación de pacientes, la selección del proveedor se sujetará a cartera de servicios y al siguiente orden de precedencia:

1. Unidades de la Red Interna del IESS;
2. Unidades de la Red Pública Integral de Salud
3. Unidades de la Red Complementaria, de acuerdo a la siguiente prioridad:
 - Unidades de los Gobiernos autónomos y descentralizados
 - Unidades de salud sin fines de lucro; y

- Unidades con fines de lucro

DÉCIMO TERCERA.-La Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, es la instancia facultada para autorizar en coordinación con el Ministerio de Salud Pública, la atención en caso de trasplantes de órganos y tejidos; continuidad de tratamiento post trasplante; y atención en el exterior

DÉCIMO CUARTA.- En caso de inobservancia de las reglas y procedimientos señalados por toda la normativa vigente institucional a los prestadores de servicios de salud o de negativa indebida a la prestación del servicio requerido, la Dirección del Seguro de Salud Individual y Familiar podrá imponer sanciones económicas, suspender el contrato o revocar la acreditación, según la gravedad de la falta y las leyes y normas expedidas para tal efecto.

DÉCIMO QUINTA.- Es de responsabilidad de las Subdirecciones/Unidades Provinciales de Prestaciones de Salud, determinar y establecer responsabilidad patronal por el incumplimiento del empleador, emitir la glosa por los servicios médicos prestados al asegurado y notificar al empleador a través de la Dirección Provincial, para su cancelación en el plazo de treinta (30) días

9. DISPOSICIONES TRANSITORIAS

PRIMERA.- La Dirección del Seguro General de Salud en coordinación con la Dirección Nacional de Tecnología de la Información, en el plazo de treinta (30) días a partir de la expedición del presente Manual, implementará las acciones necesarias para asegurar y comprobar que la plataforma informática de auditoría médica cumpla con las funcionalidades de operación y entrega de reportes señalados en este documento.

SEGUNDA.- La Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, a través de la Subdirección de Regulación, en el plazo de noventa (60) días a partir de la expedición del presente Manual, consolidará y difundirá, los Protocolos y Guías Clínicas de las Patologías y Procedimientos más comunes y más costosas.

TERCERA.- La Subdirección de Regulación, en el plazo de treinta (30) días a partir de la expedición del presente Manual, presentará a la Dirección del Seguro de Salud Individual y Familiar la actualización del Manual de Evaluación de Pertinencia Médica, para la aprobación y difusión correspondiente.

CUARTA.- La Subdirección de Regulación, en el plazo de quince (15) días a partir de la expedición del presente Manual, remitirá para aprobación de la Dirección del Seguro General de Salud Individual el Instructivo de Facturación de las Cuentas Médicas en unidades internas del IESS.-

QUINTA.- La Dirección Nacional de Tecnología de la Información en coordinación con la Administración del Sistema Médico AS-400, en el plazo de cuarenta y cinco (45) días a partir de la expedición del presente Manual, efectuará las gestiones necesarias para la entrega electrónica de la(s) planilla(s) valorada(s) por las atenciones y servicios de salud efectivamente otorgadas en las unidades médicas del IESS y demás prestadores acreditados que dispongan el Sistema Médico AS-400.

SEXTA.- La Dirección del Seguro de Salud Individual y Familiar, en el plazo de quince (15) días a partir de la expedición del presente Manual, implementará las acciones necesarias a fin de disponer y controlar para que los que los prestadores de la red complementaria que no dispongan del Sistema Médico AS-400, entreguen electrónicamente a través de las cuentas de correo de los pacientes, la(s) planilla(s) valorada(s) por las atenciones y servicios de salud efectivamente otorgadas.

10. DISPOSICIONES FINALES

PRIMERA.- De la ejecución del presente Manual encárguese a la Dirección del Seguro de Salud Individual y Familiar y las Direcciones Provinciales.

SEGUNDA.- Esta Resolución entrará en vigencia a partir de la fecha de su aprobación.

COMUNÍQUESE: Quito, Distrito Metropolitano a.....

Ec. Hugo Villacrés Endara
PRESIDENTE CONSEJO DIRECTIVO

Ing. Felipe Pezo Zúñiga
MIEMBRO CONSEJO DIRECTIVO

Ing. Paulina Guerrero Miranda
MIEMBRO CONSEJO DIRECTIVO

Ec. José Martínez Drobonsky
DIRECTOR GENERAL IESS

BORRADOR

Anexo 1:

Oficio de solicitud de inicio del proceso de auditoría de la calidad de facturación de las cuentas médicas

Ciudad y Fecha

Oficio No.

Señor

Subdirección Provincial de Prestaciones de Salud/SSC de (Indique la provincia)
Presente.-

Planillas de las atenciones prestadas a los afiliados y beneficiarios del Seguro de Salud Individual y Familiar/Seguro Social Campesino, en el servicio de,

De mi consideración:

Adjunto al presente remito a usted, señor Subdirector:

Las planillas por el servicio de (indicar el servicio médico: consulta externa, hospitalización, emergencia,.....), correspondiente al período (señalar la fecha de inicio y fin de las atenciones brindadas a los pacientes)

El consolidado resumen de planillas y el respectivo respaldo magnético de la información de los pacientes atendidos en esta Unidad de Salud, por un monto de USD \$.....

Por lo expuesto agradeceré a usted señor Subdirector disponga el inicio del proceso de AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA FACTURACIÓN DE LAS CUENTAS MÉDICAS

Atentamente,

NOMBRE MÁXIMA AUTORIDAD DE LA PRESTADORA DE SERVICIOS
CARGO DE LA AUTORIDAD

Anexo: 2

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres		Fecha de Nacimiento		Edad	Sexo						
						<table border="1"> <tr> <td>día</td> <td>mes</td> <td>año</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		día	mes	año					
día	mes	año													
Nacionalidad	País	Cédula de Ciudadanía ó Pasaporte	Lugar de residencia actual		Dirección Domicilio			N° Telefónico							
Ver Instructivo	Describir País	Cédula diez dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria		Convencional/Celular							

II. REFERENCIA: 1 DERIVACIÓN: 2

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área			
Refiere o Deriva a:						Fecha	
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año	

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

Limitada capacidad resolutive	1 <input type="checkbox"/>	Saturación de capacidad instalada	4 <input type="checkbox"/>
Ausencia temporal del profesio	2 <input type="checkbox"/>	Otros /Especifique:	5 <input type="checkbox"/>
Falta de profesional	3 <input type="checkbox"/>		

3. Resumen del cuadro clínico

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

	CIE-10	PRE	DEF
1			
2			

Nombre del profesional: _____ Código MSP: _____ Firma: _____

III. CONTRAREFERENCIA: 3 REFERENCIA INVERSA: 4

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica Nro.	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	Especialidad del servicio	
Contrarefiere o Referencia inversa a:					Fecha	
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

	CIE-10	PRE	DEF
1			
2			

6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad

Nombre del profesional especialista: _____ Código MSP: _____ Firma: _____

MSP/DNEAIS/form. 053/ene/2014

7. Referencia Justificada	<input type="checkbox"/>
---------------------------	--------------------------

6 SIGNOS VITALES, MEDICIONES Y VALORES											
PRESIÓN ARTERIAL	F. CARDIACA min		F. RESPIRAT. min		TEMP. BUCAL °C		TEMP. AXILAR °C		PESO Kg	TALLA m	
GLASGOW	OCULAR (4)	VERBAL (5)	MOTORA (6)	TOTAL (15)	REACCIÓN PUPILA DER	REACCIÓN PUPILA IZQ	T. LLENADO CAPILAR	SATUR. OXIGENO			

7 EXAMEN FISICO Y DIAGNOSTICO							
MARCAR "SP" SI SE ENCUENTRA SIN PATOLOGIA, MARCAR "CP" SI SE ENCUENTRA CON PATOLOGIA REGISTRAR ABAJO EL NUMERO Y LOS HALLAZGOS PATOLOGICOS							
1. VIA AEREA OBSTRUIDA	3. CABEZA	3. CUELLO	4. TORAX	5. ABDOMEN	6. COLUMNA	7. PELVIS	8. EXTREMIDAD

8 LOCALIZACION DE LESIONES		9 EMERGENCIA OBSTÉTRICA	
ESCRIBIR EL NUMERO DE LA LESION SOBRE LA REGION CORRESPONDIENTE		GESTAS	PARTOS
		ABORTOS	CESAREAS
		FECHA ULTIMA MENSTRUACION	SEMANAS GESTACION
		FRECUENCIA C. FETAL	MEMBRANA S ROTAS
		ALTURA UTERINA	PRESENTACION
		DILATACION	BORRAMIENTO
		PELVIS UTIL	SANGRADO VAGINAL
		1. HERIDA PENETRANTE	TIEMPO DE RUPTURA
		2. HERIDA NO PENETRANTE	PLANO
		3. FRACTURA EXPUESTA	CONTRACCIONES
		4. FRACTURA CERRADA	
5. CUERPO EXTRAÑO			
6. HEMORRAGIA			
7. MORDEDURA			
8. MUTILACION			
9. EXCORIACION			
10. DEFORMIDAD			
11. HEMATOMA			
12. ERITEMA			
13. LUXACION / ESGUINCE			
14. QUEMADURA			
15. APLASTAMIENTO			

# SOLICITUD DE EXÁMENES															
REGISTRAR ABAJO COMENTARIOS Y RESULTADOS, ANOTANDO EL NUMERO															
1. BIOMETRIA	3. QUIMICA SANGUINEA	5. GASOMETRIA	7. ENDOSCOPIA	9. R.-XABDOMEN	11. TOMOGRAFIA	13. ECOGRAFIA PELVICA	15. INTERCONSULTA								
2. UROANALISIS	4. ELECTROLITOS	6. ELECTROCARDIOGRAMA	8. R.-XTORAX	10. R.-XOSEA	12. RESONANCIA	14. ECOGRAFIA ABDOMEN	16. OTROS								

#	DIAGNÓSTICO DE INGRESO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PR	DE	#	DIAGNÓSTICO DE ALTA	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PR	DE
1						1					
2						2					
3						3					

# PLAN DE TRATAMIENTO		
INDICACIONES	MEDICAMENTO	POSOLOGIA
	PRINCIPIO ACTIVO, CONCENTRACION Y PRESENTACION	
	1	
	2	
	3	
	4	

# ALTA											
DOMICILIO	CONSULTA EXTERNA	OBSERVACION	INTERNACION	REFERENCIA	EGRESA VIVO	ENCONDICION ESTABLE	ENCONDICION INESTABLE	DIAS DE INCAPACIDAD			
SERVICIO DE REFERENCIA	ESTABLECIMIENTO			MUERTO EN EMERGENCIA	CAUSA PROBABLE						
CODIGO											
FECHA	HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL				FIRMA					

Anexo 5

INSTITUCION	UNIDAD OPERATIVA	CODIGO UO	N° AMBULANCIA	CANTON	PROVINCIA	N° DE HOJA						
1 DATOS GENERALES MARCAR "X" SOLO EN LAS CELDAS CUADRADAS												
NOMBRE DE LA VICTIMA		CEDULA	EDAD	SEXO	HORA DE DESPACHO							
DIRECCION DEL EVENTO			ESCENARIO DEL EVENTO	FECHA Y HORA DEL EVENTO								
FECHA Y HORA DE LA ATENCION	VEHICULO IDENTIFICADO	NUMERO DE PLACA	SOAT	ASEGURA DORA	NUMERO POLIZA							
2 INTERROGATORIO ANTECEDENTES DEL EVENTO, SINTOMAS, MEDICAMENTOS QUE RECIBE, CINEMATICA					ALERGIAS	ADICIONES						
3 EXAMEN FISICO Y DIAGNOSTICO MARCAR "X" SOLO EN LAS CELDAS CUADRADAS Y DESCRIBIR ABAJO, ESCRIBIENDO EL NUMERO DE LA LESION												
1. VIA AEREA OBSTRUIDA	2. ALIENTO ALCOHOLICO	3. LESION EN CABEZA	4. LESION EN CUELLO	5. LESION EN TORAX	6. LESION EN ABDOMEN	7. LESION EN PELVIS						
8. LESION EN COLUMNA	9. LESION EN MIEMBROS											
DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS				ESTADO INICIAL	ESTADO FINAL	ESTADO INTERMEDIO						
				GRAVE	MODERADO	LEVE						
				GRAVE	MODERADO	LEVE						
REACCION: RN= NORMAL RL= LENTA RR= RAPIDA DILATACION: DN= NORMAL DD= MIOSIS DA= MIDRIASIS												
4 SIGNOS VITALES				ESCALA DE COMA DE GLASGOW			PUPILAS					
LUGAR	PULSO / min	TEMPER. °C	PRESION ARTERIAL mm Hg	FRECUENCIA RESPIR. / min	APERTURA OJOS (4)	RESPUESTA VERBAL (5)	RESPUESTA MOTORA (6)	TOTAL GLASGOW (15)	REACCION (RN-RL-RR)	DILATACION (DN-DD-DA)	REACCION (RN-RL-RR)	DILATACION (DN-DD-DA)
ESCENA												
TRANSPORTE												
ENTREGA												
5 TRAUMA							VIOLENCIA	ACCIDENTE	AUTO AGRESION			
ACCIDENTE TRANSITO	VICTIMA CONDUCTOR	VICTIMA PASAJERO	VICTIMA PEATON	AUTOMOVIL-CAMIONETA	AUTOBUS	VEHICULO PESADO	MOTO	BICICLETA				
IMPACTO FRONTAL	IMPACTO LATERAL	IMPACTO POSTERIOR	ATROPELLO DE VEHICULO	CAIDA DE VEHICULO	CHOCUE DE VEHICULO	EXPULSION DE VEHICULO	VOLCA MIENTO					
BOLSA INFLADA	CINTURON COLOCADO	CASCO COLOCADO	PROTECTORA	EN ASIENTO DELANTERO	EN ASIENTO POSTERIOR	VICTIMA ATRAPADA	OTRO VEHICULO					
OTROS	HERIDA POR ARMA DE FUEGO	HERIDA POR ARMA CORTANTE	HERIDA POR ARMA PUNZANTE	HERIDA POR OTRO OBJETO	QUEMADURA	APLASTA MIENTO	MORDEDURA	FRACTURA				
CUERPO EXTRAÑO	CAIDA	AGRESION SEXUAL	AGRESION FISICA	AGRESION INTRAFAMILIAR	ENVENENAMIENTO	INTOXICACION	OTRO					
6 EMERGENCIA GINECO-OBSTETRICA Y NEONATAL							PARTO	ABORTO	SANGRADO			
FECHA ULTIMA MENSTRUACION	SEMANA DE EMBARAZO	GESTAS	PARTOS	ABORTOS	CESAREAS	CONTRACCIONES UTERINAS	HORA					
MEMBRANAS INTEGRAS	MEMBRANAS ROTAS	TIEMPO DE RUPTURA	PRESENTACION	ALTURA UTERINA		NUMERO						
DILATACION	BORRAMIENTO	PLANO				INTENSIDAD						
F. CARDIACA FETAL	MOVIMIENTO FETAL	EXPULSIVO	ECLAMPSIA	PPE ECLAMPSIA	SEXO R.N. (H / M)	APGAR 1 MINUTO	APGAR 5 MINUTOS					
7 PARO CARDIO RESPIRATORIO												
PRESENCIADO X PERSONAL SEM	PRESENCIADO X ESPECTADOR	NO PRESENCIADO	RCP X PERSONAL ENTRENADO	RCP X LEGO	SE UTILIZA DESFIBRILADOR	DURACION RCP ANTES LLEGADA	DURACION DEL PARO					
8 LOCALIZACION DEL TRAUMA SEÑALAR EL NUMERO DE LA LESION SOBRE LA ZONA AFECTADA Y DIBUJAR							9 PROCEDIMIENTOS					
				1 HERIDA PENETRANTE 2 HERIDA NO PENETRANTE 3 ESGUINCE 4 LUXACION 5 FRACTURA CERRADA 6 FRACTURA EXPUESTA 7 HEMATOMA 8 AMPUTACION	9 MORDEDURA 10 CUERPO EXTRAÑO 11 QUEMADURA 12 APLASTAMIENTO 13 14 15 16	VENTILACION MANUAL VENTILACION MECANICA OXIGENTERAPIA (VOLUMEN/MIN) FLUIDOTERAPIA (VOLUMEN) MEDICACION INMOBILIZACION PARCIAL SONDAJE VESICAL SUTURA / CURACION	PUNCIÓN CRICOTIROIDEA INMOBILIZACION TOTAL SONDAJE NASOGASTRICO TAPONAMIENTO NASAL	INTUBACION DESCOMPRESION TORAX EXTRACCION C. EXTRAÑO HEMOSTASIA				
10 ENTREGA DEL PACIENTE							VIVO	MUERTO				
HORA LLEGADA	CARGO DE QUIEN ENTREGA	RESPONSABLE QUE ENTREGA	FIRMA	MANEJO AMBULATORIO								
HORA ENTREGA	UNIDAD QUE RECIBE	RESPONSABLE QUE RECIBE	FIRMA	MANEJO INTERNADO								

1 MEDICAMENTOS							
Nº	MEDICAMENTO	PRESENTACION	CONSUMO	Nº	MEDICAMENTO	PRESENTACION	CONSUMO
01				06			
02				07			
03				08			
04				09			
05				10			

2 INSUMOS MEDICOS											
Nº	INSUMO	PRESENTACION	CONSUMO	Nº	INSUMO	PRESENTACION	CONSUMO	Nº	INSUMO	PRESENTACION	CONSUMO
01	APOSITOS			11	ESPARADRAPO			21	TUBO DE TORAX		
02	AGUJA TORACOCENTESIS			12	GUANTES DESECHABLES			22	TAPON NASAL		
03	BAJALENGUAS			13	GASAS			23	VENDAS		
04	BIGOTERA			14	JERINGUILLAS			24			
05	CANULA DE GUEDEL			15	MASCARILLA DE OXIGENO			25			
06	CLAMP UMBILICAL			16	TUBO ENDOTRAQUEAL			26			
07	COMBITUBE			17	SONDAVESICAL			27			
08	CATETER VENOSO			18	SONDA NASOGASTRICA			28			
09	EQUIPO DE VENOSCLISIS			19	SUTURAS			29			

3 CUSTODIA DE PERTENENCIAS (describir)			
NOMBRE DE QUIEN ENTREGA	FIRMA	NOMBRE DEL QUIEN RECIBE	FIRMA

4 DESCARGO DE RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE					
REHUSA TRATAMIENTO	REHUSA TRASLADO	NOMBRE	CEDULA	FIRMA	
HORA	CAUSA				

5 DESCARGO DE RESPONSABILIDAD DEL SERVICIO					
REHUSA RECEPCION	SERVICIO	NOMBRE	CEDULA	FIRMA	
HORA	CAUSA				

6 OBSERVACIONES

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA
					PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES		SERVICIO	SALA	CAMA	FECHA	HORA
MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA								
1 AUTORIZACIÓN PARA CIRUGÍA, TRATAMIENTO CLÍNICO O PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO								
AUTORIZO AL PROFESIONAL TRATANTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD PARA REALIZAR LAS OPERACIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS CLÍNICOS PROPUESTOS Y NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD								
NOMBRE DEL PACIENTE		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANÍA		FIRMA		
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O TESTIGO		PARENTESCO		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANÍA		FIRMA
MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA								
2 EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ABORTO								
DECLARO QUE NINGÚN PROFESIONAL O FUNCIONARIO DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD HA REALIZADO PROCEDIMIENTOS PARA PROVOCAR ESTE ABORTO Y QUE INGRESO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE PARA RECIBIR EL TRATAMIENTO NECESARIO PARA MI ENFERMEDAD								
NOMBRE DEL PACIENTE		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANÍA		FIRMA		
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O TESTIGO		PARENTESCO		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANÍA		FIRMA
MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA								
3 EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ABANDONO DE HOSPITAL SIN AUTORIZACIÓN MÉDICA								
DECLARO QUE ME RETIRO VOLUNTARIAMENTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y EXONERO AL PROFESIONAL TRATANTE Y AL PERSONAL ADMINISTRATIVO POR LOS RIESGOS A LA SALUD, QUE ME HAN ADVERTIDO CLARAMENTE								
NOMBRE DEL PACIENTE		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANÍA		FIRMA		
NOMBRE DEL TESTIGO		PARENTESCO		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANÍA		FIRMA
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANÍA		FIRMA		
MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA								
4 RETIRO DE MENOR DE EDAD O PERSONA INCAPACITADA								
DECLARO QUE RETIRO AL PACIENTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD, BAJO MI RESPONSABILIDAD DEBIDAMENTE CERTIFICADA, CON LA AUTORIZACIÓN MÉDICA CORRESPONDIENTE								
DECLARO QUE RETIRO AL PACIENTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO, BAJO MI RESPONSABILIDAD Y SIN LA AUTORIZACIÓN DEL PROFESIONAL TRATANTE HE SIDO ADVERTIDO DE LAS CONSECUENCIAS DE ESTE ACTO NO AUTORIZADO Y ASUMO TODA LA RESPONSABILIDAD POR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS								
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL		PARENTESCO		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANÍA		FIRMA
NOMBRE DEL TESTIGO		PARENTESCO		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANÍA		FIRMA
NOMBRE DEL MÉDICO		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANÍA		FIRMA		
MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA								
5 AUTORIZACIÓN DE EXTRACCIÓN DE ÓRGANOS PARA DONACIÓN Y/O TRASPLANTE								
AUTORIZO AL PERSONAL DE SALUD DE ESTE ESTABLECIMIENTO PARA QUE EN VIDA SE ME EXTRAIGA EL O LOS ÓRGANOS CONVENIDOS, DONADOS PARA EL TRASPLANTE EN EL RECEPTOR SEÑALADO								
AUTORIZO PARA QUE, UNA VEZ TRANSCURRIDAS 48 HORAS DE MI MUERTE CEREBRAL, MIS ÓRGANOS SEAN EXTRAÍDOS PARA TRASPLANTE								
ÓRGANOS DONADOS		NOMBRE DE LOS RECEPTORES						
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL		PARENTESCO		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANÍA		FIRMA
NOMBRE DEL TESTIGO		PARENTESCO		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANÍA		FIRMA
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANÍA		FIRMA		
MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA								
6 AUTORIZACIÓN PARA NECROPSIA								
AUTORIZO AL MÉDICO AUTORIZADO DE ESTE HOSPITAL PARA QUE PRACTIQUE LA NECROPSIA AL CADÁVER DEL FALLECIDO								
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL		PARENTESCO		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANÍA		FIRMA
NOMBRE DEL TESTIGO		PARENTESCO		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANÍA		FIRMA
NOMBRE DEL MÉDICO		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANÍA		FIRMA		

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA
			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	SERVICIO	SALA	CAMA	FECHA	HORA
------------------	------------------	---------	----------	------	------	-------	------

TODA LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARÁ EN EL ÁMBITO DE LA CONFIDENCIALIDAD

1 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO

PROPÓSITOS	TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS

NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA
---------------------------------	--------------	----------	--------	-------

2 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

PROPÓSITOS	INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROPUESTAS
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGO DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS

NOMBRE DEL CIRUJANO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA
---------------------	--------------	----------	--------	-------

3 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA

PROPÓSITOS	ANESTESIA PROPUESTA
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS

NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA
--------------------------	--------------	----------	--------	-------

4 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

<p>A EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROPÓSITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD</p> <p>B EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES ESENCIALES QUE SE REALIZARÁN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD</p> <p>C CONSENTIMIENTO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD</p> <p>D CONSENTIMIENTO A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA</p> <p>E HE ENTENDIDO BIEN QUE EXISTE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS MEDIOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO, PERO NO ACERCA DE LOS RESULTADOS</p> <p>F HE COMPRENDIDO PLENAMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO</p> <p>G EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO QUE EXISTE GARANTÍA DE RESPETO A MI INTIMIDAD, A MIS CREENCIAS RELIGIOSAS Y A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN (INCLUSIVE EN EL CASO DE VIH/SIDA)</p> <p>H HE COMPRENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE ANULAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MOMENTO QUE YO LO CONSIDERE NECESARIO.</p> <p>I DECLARO QUE HE ENTREGADO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN COMPLETA Y FIDELGNA SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE MI ESTADO DE SALUD. ESTOY CONCIENTE DE QUE MIS OMISIONES O DISTORSIONES DELIBERADAS DE LOS HECHOS PUEDEN AFECTAR LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO</p>	FIRMAS DEL PACIENTE

5 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE LEGAL

COMO RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA IMPOSIBILITADO PARA DECIDIR EN FORMA AUTÓNOMA SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGÚN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	PARENTESCO	TELÉFONO	CEDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
--------------------------------	------------	----------	----------------------	-------

Anexo A

PERFIL Y COMPETENCIAS REFERENTES

Título del cargo	COORDINADOR DEL ÁREA PERTINENCIA MÉDICA
Cargo del Jefe Inmediato	Subdirector Provincial de Prestaciones de Salud
Área de Competencia	A nivel de la jurisdicción en cada Dirección Provincial Zonal
Perfil	<ul style="list-style-type: none"> - Profesional titulado en medicina con especialidad en auditoría médica - Disponibilidad para viajar - Experiencia mínima de dos años en posiciones similares, manejo de protocolos y guías médicas
Responsabilidades	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis y gestión de los indicadores del acto médico - Garantizar un acto médico de calidad - Evaluar protocolos médicos - Evaluar la calidad de atención médica - Elaborar indicadores de calidad - Proponer estrategias de mejoramiento continuo de la calidad - Realizar funciones asociadas al rol de líder dentro de su área de gestión como responsable de personal. - Propuesta de un programa de auditoría de terreno - Ejecución, Control y Seguimiento del programa de auditoría de terreno
Competencias	<ul style="list-style-type: none"> - Básicas: Dominio de normativas y aspectos legales que rigen al sector salud y sus procesos; dominio de conocimientos en métodos de trabajo, técnicas de estudio, redacción y síntesis; manejo y destreza en la aplicación de la metodología científica en salud que apoye el análisis y la consistencia en la información; dominio de técnicas estadísticas; manejo de utilitarios - Corporativas: Trabajo bajo presión, orientación al servicio, competente, conciencia de equipo, comunicación eficaz - Liderazgo: criterio, ética profesional, liderazgo y gestión

Anexo B

INSTRUCTIVO DE LA ESTRUCTURA DEL ARCHIVO PLANO DE ATENCIONES MÉDICAS

1. OBJETIVO

Establecer las especificaciones técnicas que permita estandarizar la estructura del archivo plano que contiene la información de las atenciones de salud otorgadas a los afiliados y derechohabientes del IESS y de esta manera mejorar el proceso de auditoría médica y pago a prestadores de salud, a través de la herramienta informática de Auditoría Médica (SOAM).

2. ALCANCE

El presente instructivo será aplicable en todos los prestadores tanto internos como externos que forman parte de la red plural de salud del IESS.

3. DEFINICIONES Y PARTICIPANTES

Cantidad.- se refiere a la cantidad de procedimientos o servicios que se le prestó paciente o persona que recibió la atención médica, pueden existir 8 dígitos numéricos, es un campo obligatorio, se puede colocar hasta 2 decimales.

Código de dependencia o especialidad.- Se refiere al tipo de especialidad de la atención médica brindada al paciente o beneficiario, puede tener hasta 10 caracteres alfanuméricos, es un campo obligatorio, y cada código se encuentra en el anexo 1.

Código de derivación.- se refiere al código de derivación que es asignado a cada uno de los pacientes, pueden existir hasta 5 caracteres alfanuméricos, es un campo obligatorio para los prestadores externos y no obligatorio para las unidades internas, y se encuentra en el anexo 7.

Código de procedimiento.- se refiere al procedimiento o servicio prestado al paciente o persona que recibió la atención médica, pueden existir hasta 12 caracteres alfanuméricos, es un campo obligatorio, y sus códigos se encuentran en el anexo 4, son los mismos códigos del tarifario.

Contingencia cubierta.- se refiere al tipo de contingencia o eventualidad cubierta, se utiliza 2 dígitos numéricos, para prestadores externos el campo es obligatorio, los códigos se encuentran en el anexo 8, según la contingencia presentada.

Diagnóstico Presuntivo o Definitivo.- se refiere al tipo de diagnóstico que la persona atendida o paciente presentó, es un campo obligatorio y deben registrar D si es Diagnóstico Definitivo y P si es Diagnóstico Presuntivo.

Diagnóstico Principal.- se refiere al diagnóstico que presentó el paciente o persona que recibió la atención médica, pueden existir hasta 4 caracteres alfanuméricos, es un campo obligatorio y se encuentra en el anexo 5 que corresponden a los códigos del CIE10.

Diagnóstico Secundario – 1.- se refiere al diagnóstico que presentó el paciente o persona que recibió la atención médica, pueden existir hasta 4 caracteres alfanuméricos, es un campo no obligatorio y se encuentra en el anexo 5 que corresponden a los códigos del CIE10.

Diagnóstico Secundario – 2.- se refiere al diagnóstico que presentó el paciente o persona que recibió la atención médica, pueden existir hasta 4 caracteres alfanuméricos, es un campo no obligatorio y se encuentra en el anexo 5 que corresponden a los códigos del CIE10.

Diagnóstico Secundario – 3.- se refiere al diagnóstico secundario del paciente o persona atendida, pueden existir hasta 4 caracteres alfanuméricos, es un campo no obligatorio y se encuentra en el anexo 5 que corresponden a los códigos del CIE10.

Diagnóstico Secundario – 4.- se refiere al diagnóstico secundario del paciente o persona atendida, pueden existir hasta 4 caracteres alfanuméricos, es un campo no obligatorio y se encuentra en el anexo 5 que corresponden a los códigos del CIE10.

Diagnóstico Secundario – 5.- se refiere al diagnóstico secundario del paciente o persona atendida, pueden existir hasta 4 caracteres alfanuméricos, es un campo no obligatorio y se encuentra en el anexo 5 que corresponden a los códigos del CIE10.

Duración de la consulta.- se refiere al tiempo que requirió para la consulta que se le brindó al paciente o persona que recibió la atención médica, pueden existir hasta 2 dígitos numéricos, es un campo no obligatorio, se coloca el número de minutos sin decimales.

Edad del Paciente que recibió la atención médica.- se refiere a la edad del paciente o persona que recibió la atención médica, puede llevar hasta 3 dígitos, se debe registrar los años cumplidos sin decimales por ej. 3 años no 3 años 5 meses

Fecha de atención.- Fecha de atención médica brindada al paciente, debe llevar el siguiente orden día/mes/año (dd/mm/yyyy), es un campo obligatorio.

Fecha nacimiento del Paciente que recibió la atención médica.- se refiere a la fecha de nacimiento del paciente o persona que recibió la atención, y se debe colocar de la siguiente manera (dd/mm/yyyy) dd: día, mm: mes, yyyy: año, es un campo obligatorio.

Identificación del Paciente que recibió la atención médica.- se refiere al número de cedula del paciente que recibió la atención médica, sin guiones ni espacios en blanco es un campo de 15 caracteres alfanuméricos obligatorio, si el paciente no tiene cédula se colorea el número de cédula del titular o afiliado más cualquiera de los códigos que se encuentra en el anexo 9.

Identificación del afiliado o titular.- se refiere al número de cédula del afiliado o titular, puede tener hasta 15 caracteres alfanumérico, es un campo obligatorio, no colocar el guion.

Marca de final de línea.- se refiere al final del archivo plano, es 1 dígito, es un campo obligatorio, se colocara la F.

Nombre afiliado o titular.- se refiere al nombre del afiliado o titular, si la atención es de un dependiente, se registrará el nombre de la persona que le da el derecho, puede tener hasta 100 caracteres alfanuméricos, es un campo obligatorio, el texto debe ser en mayúsculas sin caracteres especiales primero apellidos y luego nombres.

Nombre del Beneficiario (Paciente que recibió la atención médica).- se refiere al nombre del beneficiario o paciente que recibió la atención médica, puede tener hasta 100 caracteres alfanuméricos, es un campo obligatorio, el texto debe ser en mayúsculas sin caracteres especiales primero apellidos y luego nombres.

Nombre del Procedimiento.- se refiere al detalle o nombre del procedimiento o servicio prestado al paciente o persona que recibió la atención médica, pueden existir hasta 80 caracteres alfanuméricos el texto debe ser en mayúsculas sin caracteres especiales, es un campo no obligatorio.

Número Secuencial derivación.- se refiere al número que acompaña al código de validación, (por ej. 1245) se utiliza cuando el paciente es derivado por parte de la Subdirección Provincial de Prestaciones de Salud Pichincha, para los pacientes que son agendados desde el Call Center se utilizara el 999999999, es un campo obligatorio para prestadores externos.

Parentesco con el afiliado o titular.- se refiere al parentesco o lazo que tiene el paciente con el afiliado, pueden existir hasta 5 caracteres alfanuméricos, es un campo obligatorio y se encuentra en el anexo 6.

Porcentaje IVA.- se refiere a colocar el porcentaje IVA de los insumos que lo graven, se puede colocar 5 dígitos numéricos, es un campo obligatorio.

Reclamo y/o número de atención.- Número de expediente del paciente que recibió la atención médica, en lo que se refiere a los expedientes físicos, puede tener hasta 10 dígitos, es un campo obligatorio, orden de la numeración depende de cada prestador, puede hacerlo según fecha, o de manera alfabética.

Sexo de beneficiario (Paciente que recibió la atención médica).- se refiere al género del paciente o persona que recibió la atención, en el cual debe ir M para masculino, F para femenino, y X para indeterminado.

Subdirección Provincial de Prestaciones de Salud: Dependencia del Seguro General de Salud Individual y Familiar, responsable del control y la supervisión del cumplimiento de los contratos del seguro colectivo de asistencia médica suscritos por el SGSIF, para la protección de los asegurados residentes en la circunscripción, y la coordinación de auditorías médicas realizadas a los prestadores de salud.

Unidad médica: Personas Jurídicas que luego de haber cumplido con los requisitos exigidos por el IESS han sido acreditados para formar parte de la red de Prestadores de Salud del IESS (Prestadores Externos, Prestadores Internos).

Tiempo Anestesia.- se refiere al tiempo en minutos que dura la anestesia, es numérico, deber ser registrado en minutos enteros sin decimales, es un campo no obligatorio, será utilizado en el registro de expedientes de pacientes que por su diagnóstico necesitaron cirugía con apoyo de anestesia.

Tipo de examen.- se refiere al tipo de examen o servicio prestado al paciente o persona que se le brindo la atención médica, pueden existir hasta 15 caracteres alfanuméricos, es un campo obligatorio, y sus códigos se encuentran en el anexo 3.

Tipo de Seguro del afiliado o titular.- Se refiere al tipo de seguro que tiene el afiliado o titular, puede tener hasta 4 dígitos, es un campo obligatorio, y cada código se encuentra en el anexo 2.

Valor IVA.- se refiere a colocar el valor unitario de IVA de los insumos que lo graven, se puede colocar 10 dígitos numéricos es un campo obligatorio se puede colocar hasta 4 decimales.

Valor Unitario.- se refiere al valor del procedimientos o servicios que se le prestó paciente o persona que recibió la atención médica, pueden existir 10 dígitos numéricos, es un campo obligatorio, se puede colocar hasta 4 decimales.

4. RESPONSABILIDADES

UNIDAD MÉDICA:

- ☑ Cumplir con las especificaciones técnicas en la elaboración del archivo plano de atenciones médicas.
- Entregar el archivo plano de atenciones médicas en la fecha y horarios de atención establecidos en cada Subdirección y Unidades Provinciales de Prestaciones de Salud.
- ☑ Entregar los documentos de sustento de cada una de las atenciones médicas que consten en el archivo plano en forma digitalizada.

SUBDIRECCIÓN PROVINCIAL DE PRESTACIONES DE SALUD:

- ☑ Dar cumplimiento a fechas y horarios establecidos para la entrega de la información de atenciones médicas por parte de las unidades médicas.
- ☑ Recibir y verificar que los archivos planos cumplan con todas las especificaciones técnicas, caso contrario entregar al prestador un archivo con todos los errores encontrados en la verificación del archivo.
- ☑ Recibir los sustentos de cada una de las atenciones médicas que consten en el archivo plano en forma digitalizada.

5. PROCEDIMIENTO

El prestador de salud deberá generar un archivo plano que contenga la información detallada de las atenciones médicas brindadas, de acuerdo a las siguientes consideraciones y estructura del archivo plano.

CONSIDERACIONES

- ☑ Debe ser un archivo CSV delimitado por punto y coma (*.csv)
- ☑ No puede haber el carácter; (punto y coma), caracteres especiales o tildes dentro de los campos del archivo.
- ☑ La información en letras mayúsculas
- ☑ No deben incluirse títulos
- ☑ El formato para fechas debe ser estándar (dd/mm/yyyy) (d: día, m: mes: y: año)
- ☑ Si el campo no es obligatorio no se debe enviar espacios en blanco. Se envía, Ej: (;;;)
- ☑ El separador de decimales es el punto (.)
- Todos los campos cuyo formato sea alfanumérico, el formato de la celda debe estar en texto.(para planos realizados en Excel)
- ☑ El archivo debe venir ordenado por número de planilla o expediente.
- ☑ Archivo con 32 campos