



DIRECCIÓN DEL SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR

Manual de Procedimientos de la Auditoría de la Facturación de las Cuentas Médica

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. CONTROL DE CAMBIOS.....	2
2. IDENTIFICACIÓN DEL DOCUMENTO.....	2
3. GENERALIDADES.....	2
3.1 DESCRIPCIÓN GENERAL.....	2
3.2 OBJETIVOS.....	2
3.3 ALCANCE.....	3
3.4 RESPONSABILIDADES.....	3
4. NORMAS DE OPERACIÓN.....	5
5. PROCEDIMIENTO PARA LA REVISIÓN DE LA PERTINENCIA DOCUMENTAL.....	7
6. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE LA PERTINENCIA MÉDICA Y LIQUIDACIÓN DE CUENTAS.....	10
7. PROCEDIMIENTO PARA LA CONSOLIDACIÓN Y LIQUIDACIÓN DE PLANILLAS.....	11
8. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.....	12
8.1 MAPA DE PROCESO.....	12
8.2 CARACTERIZACIÓN.....	13
8.3 DIAGRAMA DE FLUJO.....	14
9. INDICADORES DE DESEMPEÑO DEL PROCESO.....	14
10. GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	15
11. ANEXOS.....	17



DIRECCIÓN DEL SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR

1. CONTROL DE CAMBIOS DEL DOCUMENTO

REGISTRO DE CAMBIOS EN EL DOCUMENTO				
VERSIÓN	MOTIVO	RESPONSABLE	ELABORADO POR	FECHA
1.0	Creado	Dirección SGSIF	Subdirección de Regulación	19/09/2014

2. IDENTIFICACIÓN DEL DOCUMENTO

MACROPROCESO:	ASEGURAMIENTO
PROCESO:	AUDITORÍA DE LA FACTURACIÓN DE LAS CUENTAS MÉDICAS
SUBPROCESO:	<ul style="list-style-type: none">• PERTINENCIA MÉDICA• PERTINENCIA MÉDICA Y LIQUIDACIÓN DE CUENTAS• CONSOLIDACIÓN Y LIQUIDACIÓN DE PLANILLAS
RESPONSABLE:	DIRECCIÓN DEL SEGURO GENERAL DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR

3. GENERALIDADES

3.1 DESCRIPCIÓN GENERAL

El presente manual define el proceso y los procedimientos para asegurar una gestión clara y sencilla en relación a la Auditoría de la Facturación de las Cuentas Médicas, como producto de la relación entre la compra de servicios médicos-asistenciales y la entrega de prestaciones de salud a los afiliados y beneficiarios con derecho.

3.2 OBJETIVOS

GENERAL

Establecer, y normar los procedimientos administrativos para efectuar la auditoría de la facturación de las cuentas médicas, que coadyuve al mejoramiento del rendimiento, la eficiencia y calidad de la prestación médica.

ESPECIFICOS

1. Normar el procedimiento para la recepción y revisión de los documentos habilitantes y de sustento del proceso de auditoría de la facturación de las cuentas médicas;



DIRECCIÓN DEL SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR

2. Establecer los criterios administrativos y herramientas que validen la evaluación de la pertinencia médica y liquidación de cuentas; y,
3. Definir los lineamientos operativos para la consolidación y liquidación de planillas.

3.3 ALCANCE

Este Manual será de aplicación obligatoria a nivel nacional en las Subdirecciones/Unidades/Grupos Provinciales de Prestaciones de Salud; Subdirecciones/Unidades/Grupos Provinciales del Seguro Social Campesino; Subdirecciones/Unidades/Grupos Provinciales de Servicios Corporativos; Empresas contratadas para la administración operativa y apoyo técnico en los procesos de evaluación médica y liquidación de trámites; y, Prestadores de Servicios de Salud de la Red Plural del IESS.

3.4 RESPONSABILIDADES

- 3.4.1 El Subdirector(a)/Jefe Provincial de Prestaciones de Salud y del SSC, será responsable de: el monitoreo y control de todo el proceso técnico de auditoría de la facturación de las cuentas médicas; de la elaboración de un informe ejecutivo mensual en base a indicadores y estándares; de la designación del funcionario que coordinará el área de pertinencia documental; de la designación del funcionario que coordinará el área de pertinencia médica y liquidación de cuentas (ver. Anexo A “perfil requerido referencial”); de la conformación del equipo de auditoría de terreno; y, de la conformación del equipo de consolidación y liquidación de planillas.
- 3.4.2 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 cual deberá contar con las seguridades y protecciones básicas para el resguardo y conservación, como lo dispone la norma de control interno No. 405-04
- 3.4.3 Los Prestadores de Servicios de Salud de la RPIS, y de la RC, 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 habilitantes y de sustento para la verificación correspondiente
- 3.4.4 El coordinador del área de pertinencia documental, será responsable de:
 - a. El monitoreo y control del cumplimiento de los procedimientos para la validación de los documentos habilitantes para la auditoría de la facturación de las cuentas médicas; se debe aclarar que para el caso de las empresas externas, el monitoreo y control estará a cargo de la Subdirección de Control del Seguro de Salud.



DIRECCIÓN DEL SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR

- b. 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 y liquidación de cuentas. 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 y liquidación de planillas 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.
 - c. La entrega de la información requerida por el Instituto para el análisis y toma de decisiones
- 3.4.5 El coordinador del área de pertinencia médica y liquidación de cuentas, será responsable de:
- a. El monitoreo y control del cumplimiento de los procedimientos para la evaluación 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.
 - b. Consolidación de indicadores de la calidad de los servicios médicos prestados, y el grado de satisfacción del usuario.
 - c. Elaboración de un informe mensual sobre los indicadores de gestión más relevantes del área de pertinencia médica y liquidación de cuentas.
 - d. La entrega de la información requerida por el Instituto para el análisis y toma de decisiones.
 - e. Otras señaladas en el Manual para la Evaluación de la Pertinencia Médica
- 3.4.6 El/la profesional que operativamente ejecuta el proceso de evaluación de pertinencia médica y liquidación de planillas, será responsable de la evaluación de la consistencia y el 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.
- 3.4.7 El equipo de auditoría médica de terreno, será el responsable de cumplir con las actividades señaladas en el Manual para la Evaluación de la Pertinencia Médica.



DIRECCIÓN DEL SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR

- 3.4.8 Las Subdirecciones de Control del SGSIF y SSC, serán las responsables de consolidar y monitorear los indicadores del proceso establecidos en el número 9 del presente Manual, y el envío de un reporte mensual sobre los resultados alcanzados a la Dirección del Seguro General de Salud y Dirección del Seguro Social Campesino respectivamente.

4. NORMAS DE OPERACIÓN

- 4.1 Los Prestadores de Servicios de Salud 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 sin cobertura de ningún seguro.
- 4.2 La Dirección del SGSIF, 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, de conformidad con lo señalado en el Manual de Procesos de Referencia, Derivación y Contrareferencia.
- 4.3 La Subdirección/Unidad/Grupo Provincial de Prestaciones de Salud, es la instancia facultada para autorizar la atención por emergencia; tratamiento de hemodiálisis; tratamiento oncológico; y, estancia prolongada, de conformidad con lo señalado en el Manual de Procesos de Referencia, Derivación y Contrareferencia.
- 4.4 En la plataforma informática de auditoría/pertinencia médica se receptorán los trámites de atenciones pre hospitalarias, hospitalarias, ambulatorias, emergencias, y de recuperación. Dicha plataforma debe validar si el prestador de servicios de salud, dispone de una acreditación vigente, y las prestaciones se encuentran dentro de la cartera de servicios para los que fue autorizado.
- 4.5 La falta de alguno de los documentos habilitantes señalados en el numeral 5.4.1, será motivo de devolución del expediente.
- 4.6 Se procederá con la evaluación de la pertinencia médica y liquidación de cuentas, si toda la información y documentación habilitante se encuentra completa.
- 4.7 Serán motivo de objeciones y suspensión de pago las planillas que registren atenciones que:



DIRECCIÓN DEL SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR

- No hayan sido solicitadas por la unidad derivadora, a menos que exista una justificación técnica o clínica;
- 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; y/o
- 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.

4.8 En caso de que la dinámica de la atención de salud y la necesidad de una atención oportuna al paciente, requiera de un procedimiento médico no autorizado inicialmente por el IESS, el Prestador informará de la exigencia de la prestación al IESS y se otorgará la atención necesaria para salvaguardar la vida e integridad del paciente. Posteriormente se enviará al IESS un informe técnico que justifique la nueva prestación.

4.9 Las apelaciones y presentación de justificaciones por las objeciones parciales o totales realizadas, se efectuarán por cada prestación médica y por una sola ocasión.

4.10 Las apelaciones y presentación de justificaciones por objeciones parciales o totales realizadas, generarán un nuevo trámite.



DIRECCIÓN DEL SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR

- 4.11 El equipo de auditoría médica de terreno 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 investigar quejas presentadas por parte de los usuarios. Estas visitas pueden ser o no comunicadas a los prestadores.
- 4.12 La consolidación y liquidación de planillas se ejecutará inmediatamente después de realizar la evaluación de la pertinencia médica y liquidación de cuentas.
- 4.13 Se solicitará el pago únicamente de los valores reconocidos por el área de evaluación de la pertinencia médica y liquidación de cuentas.
- 4.14 En ningún caso el Prestador de Servicios de Salud, requerirá al paciente o familiares garantía económica de ningún tipo, para el ingreso o práctica de un examen o procedimiento médico.

5. PROCEDIMIENTO PARA LA REVISIÓN DE LA PERTINENCIA DOCUMENTAL

- 5.1 Los Prestadores de Servicios de Salud deben subir el archivo plano con la estructura de información (ver Anexa B “Instructivo de la estructura del archivo plano de atenciones médicas”) en la plataforma informática de auditoría/pertinencia médica de acuerdo a las siguientes consideraciones:
1. Las Unidades Médicas Internas del IESS, en forma obligatoria presentarán a las Subdirecciones/Unidades/Grupos Provinciales de Prestaciones de Salud, la estructura de información en archivo plano, dentro de los cinco (5) primeros días laborables del siguiente mes de realizadas las atenciones, misma que deberá ser subida al SOAM.
 2. Los Prestadores de la Red Pública Integral de Salud, subirán en la plataforma informática de auditoría/pertinencia médica la estructura de información en archivo plano y entregarán los documentos detallados en el numeral 5.4.1 y 5.4.2, dentro de los diez (10) primeros días laborables del siguiente mes de realizadas las atenciones.
 3. Los Prestadores de Servicios de Salud de la Red Complementaria subirán en la plataforma informática de auditoría/pertinencia médica la estructura de información en archivo plano y entregarán los documentos detallados en el numeral 5.4.1 y 5.4.2, dentro de los diez (10) días laborables posteriores al alta o egreso del paciente para casos de pacientes atendidos en hospitalización y UCI. Para las prestaciones ambulatorias, subirán la estructura de información y la documentación dentro de los quince (15) primeros días laborables del siguiente mes de realizadas las atenciones.



DIRECCIÓN DEL SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR

4. En los casos de pacientes cuyos tratamientos médicos duren más de treinta días, la presentación de la estructura de información en archivo plano y la documentación detallada en el numeral 5.4.1 y 5.4.2, será con corte mensual y su entrega será dentro de los diez (10) primeros días laborables del siguiente mes.
- 5.2 Luego de los plazos establecidos en los numerales 1, 2, 3, 4 no se receptorán estructuras, ni documentos de cuentas médicas.
- 5.3 El área de pertinencia documental validará los datos que contiene la estructura de información.
- 5.4 El área de pertinencia documental luego de validar la estructura de información, previo a la admisión del expediente y registro del número de trámite, revisará la siguiente documentación habilitante que deberá ser presentada por el prestador externo público o privado en medio magnético en forma general y de acuerdo al tipo de prestación así:
 - 5.4.1 **DOCUMENTOS PARA TODO TIPO DE PRESTACIÓN:**
 - Copia de la cédula de ciudadanía o identidad o pasaporte del paciente afiliado y/o beneficiario En el caso de un menor de edad dependiente, se presentará la cédula de ciudadanía o identidad y/o la respectiva partida de nacimiento;
 - En caso de jubilados, copia de carné de jubilado;
 - En caso de montepío, copia de carné de montepío;
 - En caso de afiliados al SSC, cédula de ciudadanía o 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.
 - 5.4.2 **DOCUMENTOS POR TIPO DE PRESTACIÓN:**

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. Encuesta de satisfacción, 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, según el caso de aplicación; y,



DIRECCIÓN DEL SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR

- g. Documentos que evidencian y sustentan las prestaciones médicas (Los Prestadores de Servicios de Salud, usuario del MIS, se encuentran exento de la entrega de estos documentos).

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. 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 el 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); y,
- d. Documentos que evidencian y sustentan las prestaciones médicas (Los Prestadores de Servicios de Salud, usuario del MIS(AS400), se encuentran exento de la entrega de estos documentos).

Por atenciones en emergencia:

- a. Autorización de derivación o transferencia, emitida por la Institución responsable del paciente, para lo cual los Prestadores de la Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria deberán informar del ingreso de los pacientes atendidos por emergencia en un plazo máximo de tres (3) días laborables, de manera que estas atenciones sean registradas y autorizadas debidamente;
- b. Planilla con los valores originados por la atención de salud prestada al usuario;
- c. Encuesta de satisfacción, 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. Documentos que evidencian y sustentan las prestaciones médicas (Los Prestadores de Servicios de Salud, usuario del MIS(AS400), se encuentran exento de la entrega de estos documentos).

Para atenciones de servicio pre hospitalario:

- a. Formulario 002, Anexo 05;
- b. Planilla con los valores originados por la atención de salud prestada al usuario

5.5 Aceptada la información y documentación, se notificará electrónicamente al Prestador de Servicios de Salud la recepción a conformidad de la documentación.

5.6 El responsable del área de la revisión de pertinencia documental, a través del sistema de auditoría/pertinencia médica, deberá obtener un reporte automático del ingreso de expedientes, para efectos de análisis y el cálculo de indicadores de gestión.



DIRECCIÓN DEL SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR

6. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE LA PERTINENCIA MÉDICA Y LIQUIDACIÓN DE CUENTAS.

- 6.1 Previo el inicio del proceso de evaluación de la pertinencia médica y liquidación de cuentas, se debe constatar que la siguiente información y documentación de consulta se encuentre actualizada:
- a. El Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud Pública;
 - b. Acuerdos institucionales específicos alcanzados mediante el proceso de negociación y que se reflejan en los respectivos convenios;
 - c. Listado valorado de medicamentos e insumos médicos de carácter referencial;
 - d. Manual de Evaluación de Pertinencia Médica;
 - e. El Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos;
 - f. Ley de producción, importación, comercialización y expendio de medicamentos genéricos;
 - g. La Resolución CD. 319, mediante el cual el Consejo Directivo del IESS aprobó el listado de fármacos que no constan en el Cuadro Nacional de Medicamentos, a fin de que los Hospitales de Nivel III, adquieran hasta un 20% de la programación anual de estos productos; y,
 - h. 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, se verificará la prestación del servicio, la evaluación 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 tiempos y tipos de prestación:
- 6.3 De ninguna manera la evaluación efectuada, aplicará criterios personales discrecionales, se ajustará a los criterios señalados en el Manual de Evaluación de Pertinencia Médica, sin embargo se podrá solicitar información técnica ampliatoria para aclarar inquietudes razonables.
- 6.4 Como resultado de la verificación de la prestación y evaluación 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 de Servicios de Salud por cada trámite, inmediatamente luego de concluir con el proceso de evaluación de la pertinencia médica.
- 6.5 El Prestador de Servicios de Salud, en conocimiento del resultado obtenido en el proceso de evaluación de pertinencia médica y liquidación de cuentas, deberá analizar las cuentas que fueron objetadas y presentará, de manera electrónica, las apelaciones o justificativos



DIRECCIÓN DEL SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR

por trámite, en un plazo no mayor a treinta (30) días, a partir de la notificación realizada por parte del coordinador de pertinencia médica y liquidación de cuentas.

- 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 de Servicios de Salud 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 acepte los justificativos, se reenviará el trámite por una sola vez, y se reiniciará el ciclo de verificación y evaluación de la pertinencia médica por expediente.
- 6.8 El resultado obtenido y explicado en el ordinal 6.4, conjuntamente con la planilla individual por prestador de servicios de los gastos correspondientes, será enviado de manera electrónica al área de consolidación y liquidación de planillas, para ejecutar el procedimiento correspondiente de las cuentas que fueran aprobadas.

7. PROCEDIMIENTO PARA LA CONSOLIDACIÓN Y LIQUIDACIÓN DE PLANILLAS.

- 7.1 Se elaborará y consolidará un reporte por tipo de Prestador de Servicios de Salud; tipo de beneficiario (activo, voluntario, menor de 18 años, cónyuge, beneficiarios de montepío, jubilados, enfermedades catastróficas, afiliados al SSC); y, tipo de servicio (atención ambulatoria, hospitalización, emergencia, servicio de diálisis, medicamentos e insumos).
- 7.2 Luego se realizará una liquidación económica, a fin de confrontar los montos cancelados con los que faltan por cancelar, del resultado de esta liquidación, se solicitará por vía electrónica al Prestador de Servicios de Salud de la RPIS y RC, la presentación de la factura comercial cumpliendo los requerimientos del SRI, la cual deberá contener un desglose por subtotales y tipo de servicio.
- 7.3 El Prestador de Servicios de Salud, deberá presentar la factura comercial y demás documentos para el pago, en un plazo no mayor a 24 horas, luego de recibir la notificación correspondiente.
- 7.4 La factura comercial, el informe de consolidación y la liquidación de la planilla, se deberá enviar a la Subdirección/Unidad/Grupo Provincial de Servicios Corporativos de cada Dirección Provincial, en un plazo no mayor a 48 horas luego de recibir la documentación por parte del área de pertinencia médica y liquidación de cuentas.



DIRECCIÓN DEL SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR

8. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

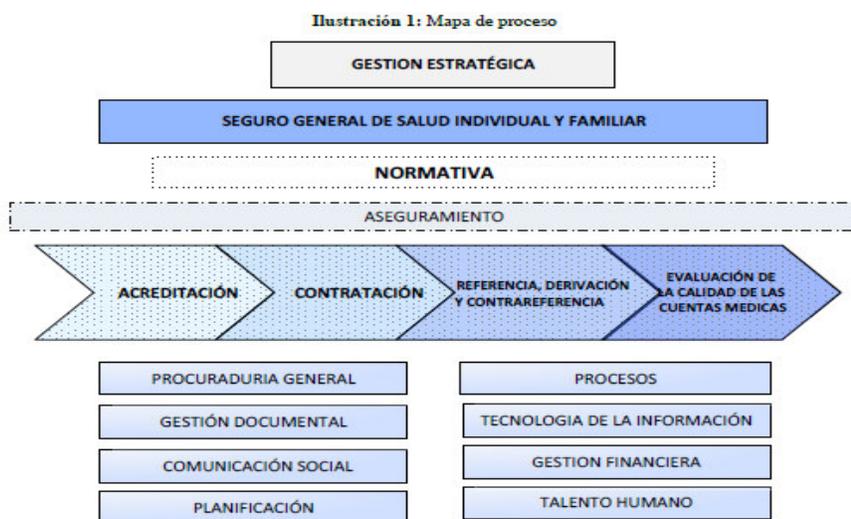
Ingreso: Luego de que el área de facturación en los Prestadores de Servicios de Salud, registrará las atenciones médicas prestadas en los diferentes servicios como: H: hospitalización, A: ambulatorio, UCI: unidad de cuidados intensivos, EM: emergencia, sube la estructura de información en archivo plano a la plataforma informática de auditoría/pertinencia 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/pertinencia médica, las validan y revisan los documentos habilitantes. Con la aprobación de este subproceso, se da inicio al subproceso de evaluación de la pertinencia médica y liquidación de cuentas.

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

Consolidación y liquidación de planillas: las planillas con los valores aprobados, se someten a una consolidación por tipo de prestador y beneficiario, previo a una liquidación económica para, finalmente, solicitar la autorización de pago, la contabilización y el desbloqueo correspondiente.

8.1 Mapa de Proceso

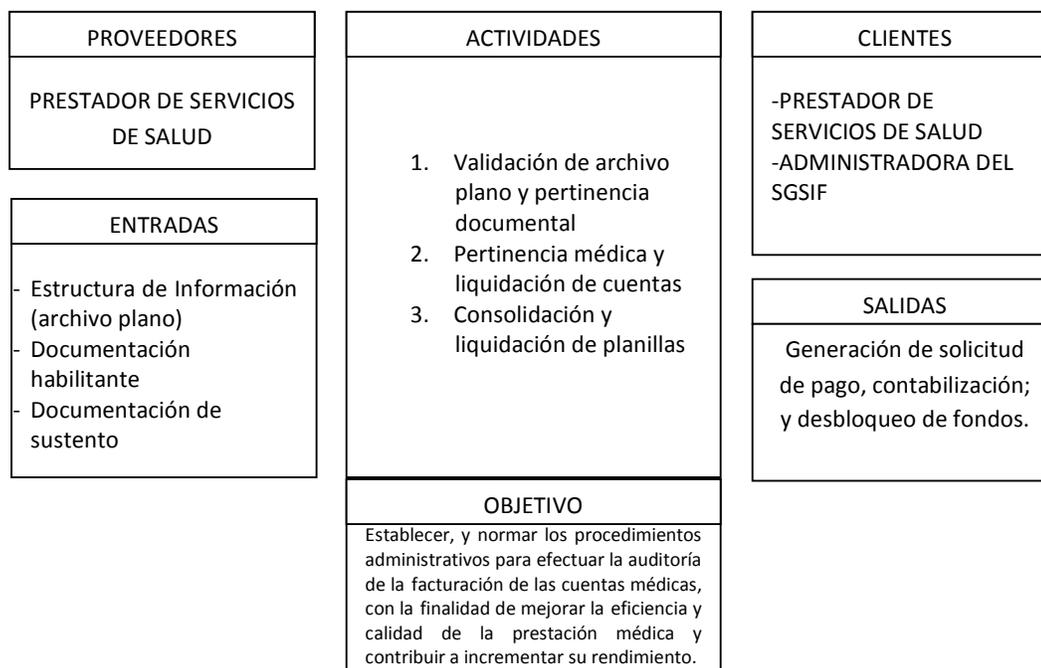




DIRECCIÓN DEL SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR

8.2 Caracterización

NOMBRE DEL PROCESO: AUDITORÍA DE LA FACTURACIÓN DE LAS CUENTAS MÉDICAS	VERSIÓN No. 01
PROPIETARIO DEL PROCESO: DIRECCIÓN DEL SEGURO GENERAL DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR	FECHA:
ALCANCE: Inicia cuando los Prestadores de Servicios de Salud suben la estructura de información al sistema de auditoría/pertinencia médica, y entrega la documentación habilitante; y, termina con la solicitud del pago, la contabilización y desbloqueo de fondos.	
RECURSOS	
FÍSICOS: oficinas, puestos de trabajo TÉCNICOS: equipos de cómputo, comunicación	ECONÓMICO: presupuesto asignado HUMANOS: dueño de proyecto, gerente del proyecto, analista de proyecto, equipo de trabajo



CONTROLES
SISTEMA DE AUDITORÍA/PERTINENCIA MÉDICA, INFOR LN

Elaborado por:
Analista Subdirección de Regulación

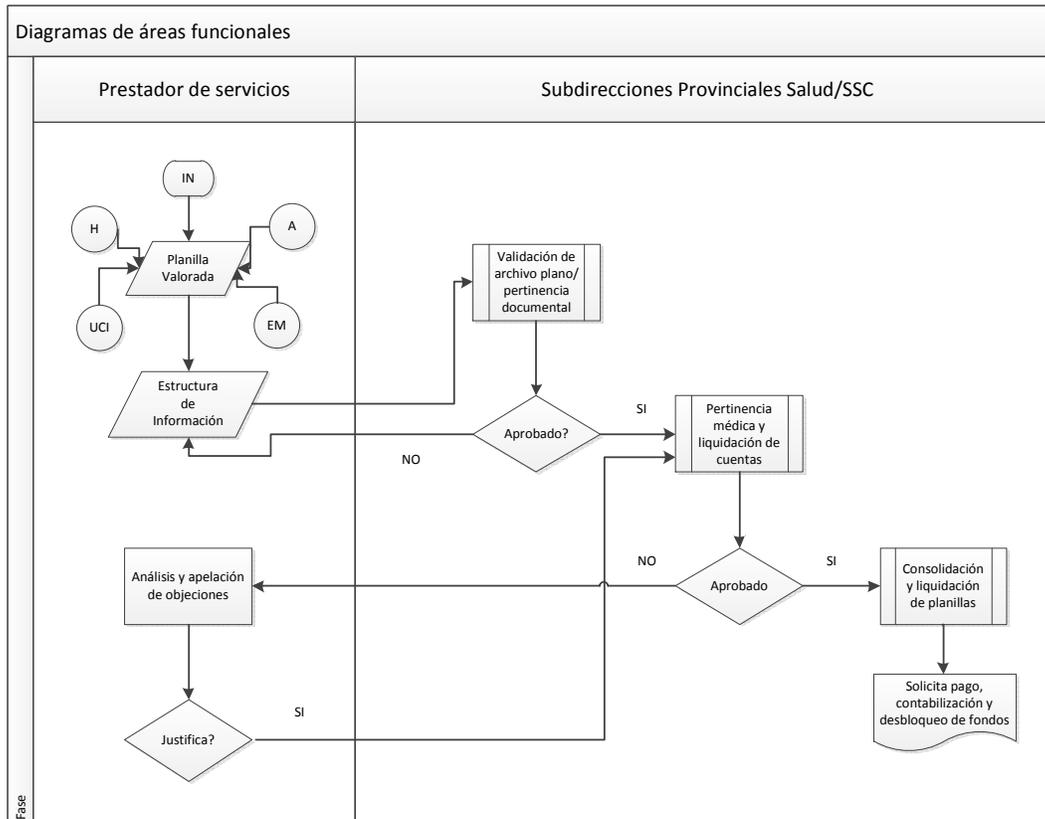
Revisado por:
Subdirectora de Regulación

Aprobado por:
Dirección General del SGSIF



DIRECCIÓN DEL SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR

8.3 Diagrama de Flujo



Elaborado por: Subdirección de Regulación del Seguro de Salud

9. INDICADORES DE DESEMPEÑO DEL PROCESO

Nombre del Indicador	Unidad de Medida	Forma de Cálculo	Frecuencia	Responsable
De eficacia: aceptación de estructuras de información	%	(No. Estructuras de información aprobadas/No. Estructuras de información 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 justificadas	%	(valor de apelaciones justificadas/valor de objeciones) * 100	Mensual	Pertinencia médica



DIRECCIÓN DEL SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR

De cumplimiento: expedientes auditados	%	(No. De expedientes auditados/No. estructuras información aprobadas) * 100	Mensual	Pertinencia médica
De eficacia: auditorías de campo realizadas	%	(No. De auditorías de terreno realizadas/No. De auditorías de terreno planificadas) * 100	Trimestral	Pertinencia médica
De eficacia: generación de pagos por Prestador y período	%	(Valor de solicitud de pago/Valor Total aprobado por pertinencia médica) * 100	Mensual	Subdirector Provincial

10. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Afiliado.- Es toda persona natural que consta registrada en el régimen del Seguro General Obligatorio, como obligada o voluntaria, mediante un aporte administrado por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y que tiene derecho a las prestaciones y los beneficios que consagra dicho Seguro.

Análisis sistémico.- Analiza las funciones y relaciones que cumplen cada una de las partes de un producto, y la relación entre la estructura y el funcionamiento.

Auditoría de la Facturación de las cuentas médicas.- Es el análisis y revisión 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 el acompañamiento en el lugar de la prestación del servicio, mediante una revisión documental de la atención brindada al paciente en tiempo real.

Auditoría/pertinencia 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.



DIRECCIÓN DEL SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR

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 observación del área de pertinencia médica y liquidación de cuentas, que puede ser levantada por el prestador al completar la información o justificar con soportes adecuados.

Prestadores de Servicios 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.



DIRECCIÓN DEL SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR

MIS.- Sistema de Información Médico utilizado a nivel nacional por los Prestadores de Servicios de Salud de Red Plural del IESS para la atención del paciente, a través de una historia clínica única.

Sistema Operativo de Auditoría Médica (SOAM).- Es un sistema automatizado que se ejecuta en los siguientes módulos: carga de información, pertinencia médica y liquidación financiera.

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

Siglas.-

FONSAT: Fondo de Seguro Obligatorio de Tránsito.

IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

ISSFA: Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas.

ISSPOL: Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional.

MF: Ministerio de Finanzas.

MSP: Ministerio de Salud Pública.

RC: Red Complementaria

RPIS: Red Pública Integral de Salud.

SGSIF: Seguro General de Salud Individual y Familiar.

SOAM: Sistema Operativo de Auditoría Médica.

SOAT: Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.

SRI: Servicio de Rentas Internas.

SSC: Seguro Social Campesino.

11.ANEXOS

Anexo 1.- *Oficio que identifique el mes y el servicio al que corresponden las planillas.*

Anexo 2.- *Formulario de Referencia, Derivación, Contrareferencia y Referencia Inversa – Form-SNS-MSP / HCU – form.053/ene/2014.*

Anexo 3.- *Encuesta de satisfacción*

Anexo 4.- *Formulario 008*

Anexo 5.- *Formulario 002*

Anexo 6.- *Formulario 024*

Anexo A.- *Perfil requerido referencial*

Anexo B.- *Instructivo de la estructura del archivo plano de atenciones médicas*



DIRECCIÓN DEL SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR

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



DIRECCIÓN DEL SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR

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
							dia	mes	año	d-m-a	M/F
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		dia	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		dia	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



DIRECCIÓN DEL SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR

Anexo 3

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Estimado paciente, su opinión es muy importante y nos ayudará a mejorar la atención de esta casa de salud; le agradecemos llene la encuesta.

NOMBRE DE LA UNIDAD DE SALUD DONDE SE REALIZÓ LA ENCUESTA

QUIEN CONTESTA

DATOS DEL PACIENTE

INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECE

EL TIEMPO QUE TUVO QUE ESPERAR HASTA QUE LE ASIGNEN CAMA FUE
 MINUTOS

COMO CALIFICA EL TRATO QUE RECIBIO DEL PERSONAL DE LA CASA DE SALUD

TRATO	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	MALA
MÉDICO TRATANTE				
MÉDICO RESIDENTE				
ENFERMERAS				
ADMINISTRATIVOS				

COMO FUE LA INFORMACION QUE RECIBIÓ

INFORMACION RECIBIDA	SI	NO
LE COMUNICARON SOBRE SUS DEBERES Y DERECHOS COMO PACIENTE		
CONOCE EL NOMBRE DE SU MÉDICO TRATANTE		
LE DIERON INFORMACION CLARA SOBRE PROCEDIMIENTOS QUE LE REALIZARÍAN		
USTED DIO SU CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS		
LAS EXPLICACIONES QUE LE DIO EL MÉDICO SATISFACIERON SUS INQUIETUDES		
CUANDO SOLICITÓ AYUDA LA RESPUESTA FUE OPORTUNA		
LE INFORMARON LOS CUIDADOS A SEGUIR EN CASA		
LE INFORMARON CUANDO Y DONDE DEBE REGRESAR A CONTROL		
LE PIDIERON PAGO POR ALGÚN SERVICIO MIENTRAS ESTUVO HOSPITALIZADO		

RECOMENDARÍA ESTA CASA DE SALUD

SI LA RESPUESTA ES NO POR FAVOR DIGA PORQUE

EN GENERAL COMO CALIFICA EL CONFORT Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS GENERALES

SERVICIO	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	MALA
ALIMENTACIÓN				
LIMPIEZA				
ILUMINACIÓN				
SEÑALIZACIÓN				

COMO CALIFICA EN GENERAL LA ATENCIÓN RECIBIDA

ATENCIÓN	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA
ALIMENTACIÓN				

FECHA



DIRECCIÓN DEL SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR

Anexo 4

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	C.O.D. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	

1 REGISTRO DE ADMISIÓN

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	Nº CÉDULA DE CIUDADANÍA			
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y Nº - MANZANA Y CASA)		BARRIO	PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	ZONA (U/R)	Nº TELÉFONO
FECHA NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD (PAÍS)	GRUPO CULTURAL	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS	SEXO H M	ESTADO CIVIL S O L C A S D I V V I U U - L	INSTRUCCIÓN ÚLTIMO AÑO APROBADO
FECHA DE ADMISIÓN	OCCUPACIÓN	EMPRESA DONDE TRABAJA	TIPO DE SEGURO DE SALUD	REFERIDO DE:			
EN CASO NECESARIO AVISAR A:		PARENTESCO - AFINIDAD	DIRECCIÓN	Nº TELÉFONO			
FORMA DE LLEGADA		FUENTE DE INFORMACIÓN	INSTITUCIÓN O PERSONA QUE ENTREGA AL PACIENTE	Nº TELÉFONO			
AMBULATORIO	AMBULANCIA	OTRO TRANSPORTE					

2 INICIO DE ATENCIÓN Y MOTIVO

HORA	TRAUMA	CAUSA CLÍNICA	CAUSA G. OBSTÉTRICA	CAUSA QUIRÚRGICA	GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR Rh
NOTIFICACIÓN A LA POLICIA	OTRO MOTIVO				

3 ENFERMEDAD ACTUAL Y REVISIÓN DE SISTEMAS

DESCRIBIR: CRONOLOGÍA - LOCALIZACIÓN - CARACTERÍSTICAS - INTENSIDAD - FRECUENCIA - FACTORES AGRAVANTES

VÍA AÉREA LIBRE	VÍA AÉREA OBSTRUIDA	CONDICIÓN ESTABLE	CONDICIÓN INESTABLE

4 ACCIDENTE, VIOLENCIA, INTOXICACIÓN, ENVENENAMIENTO O QUEMADURA

FECHA Y HORA DEL EVENTO	LUGAR DEL EVENTO	DIRECCIÓN DEL EVENTO	CUSTODIA POLICIAL				
ACCIDENTE DE TRANSITO	CAÍDA	QUEMADURA	MORDEDURA	AHOGAMIENTO	CUERPO EXTRAÑO	APLASTAMIENTO	OTRO ACCIDENTE
VIOLENCIA XARMA DEFUEGO	VIOLENCIA XARMA C. PUNZANTE	VIOLENCIA X RIÑA	VIOLENCIA FAMILIAR	ABUSO FÍSICO	ABUSO PSICOLÓGICO	ABUSO SEXUAL	OTRA VIOLENCIA
INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA	INTOXICACIÓN ALIMENTARIA	INTOXICACIÓN X DROGAS	INHALACIÓN DE GASES	OTRA INTOXICACIÓN	ENVENENAMIENTO	PICADURA	ANAFILAXIA
OBSERVACIONES							
						ALIENTO ETILICO	VALOR ALCÓCHECK

5 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

DESCRIBIR ABAJO, REGISTRANDO EL NÚMERO RESPECTIVO

1. ALÉRGICO	2. CLÍNICO	3. GINECOLÓGICO	4. TRAUMATÓG.	5. QUIRÚRGICO	6. FARMACOLÓG.	7. OTRO ANTECEDENTE	8. NINGUN ANTECEDENTE



DIRECCIÓN DEL SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR

6 SIGNOS VITALES, MEDICIONES Y VALORES

PRESIÓN ARTERIAL		F. CARDIACA min		F. RESPIRAT. min		TEM P. BUCAL °C		TEM P. AXILAR °C		PESO Kg		TALLA m	
GLASGOW	OCULAR (4)	VERBAL (5)		MOTORA (6)		TOTAL (15)		REACCIÓN PUPILA DER		REACCIÓN PUPILA IZQ		T. LLENADO CAPILAR	SATURA. 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 ESCRIBIR EL NUMERO DE LA LESION SOBRE LA REGION CORRESPONDIENTE

	1 HERIDA PENETRANTE	
	2 HERIDA NO PENETRANTE	
	3 FRACTURA EXPUESTA	
	4 FRACTURA CERRADA	
	5 CUERPO EXTRAÑO	
	6 HEMORRAGIA	
	7 MORDEDURA	
	8 MUTILACION	
	9 EXCORIACION	
	10 DEFORMIDAD	
	11 HEMATOMA	
	12 ERITEMA	
	13 LUXACION / ESQUINCE	
	14 QUEMADURA	
	15 APLASTAMIENTO	

9 EMERGENCIA OBSTETRICA

GESTAS		PARTOS		ABORTOS		CESAREAS	
FECHA ULTIMA MENSTRUACION		SEMANAS GESTACION		MOVIMIENTO FETAL			
FRECUENCIA C. FETAL		MEMBRANA S ROTAS		TIEMPO DE RUPTURA			
ALTURA UTERINA		PRESENTACION					
DILATACION		BORRAMIENTO		PLANO			
PELVIS UTIL		SANGRADO VAGINAL		CONTRACCIONES			

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. ELECTRO CARDIOGRAMA		8. R. XTORAX		10. R. XOSEA		12. RESONANCIA		14. ECOGRAFIA ABDOMEN		16. OTROS

DIAGNÓSTICO DE INGRESO PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO CIE PR E DEF

1				
2				
3				

DIAGNÓSTICO DE ALTA PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO CIE PR E DEF

1				
2				
3				

PLAN DE TRATAMIENTO

INDICACIONES	MEDICAMENTO PRINCIPIO ACTIVO, CONCENTRACION Y PRESENTACION	POSOLOGIA
	1	
	2	
	3	
	4	

ALTA

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



DIRECCIÓN DEL SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR

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	ASEGURADORA	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																					
				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																		
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		ROPA PROTECTORA		EN ASIENTO DELANTERO		EN ASIENTO POSTERIOR		VICTIMA ATRAPADA		OTRO VEHICULO													
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																	
SEMANA DE EMBARAZO		GESTAS		PARTOS		ABORTOS		CESAREAS		CONTRACCIONES UTERINAS																	
MEMBRANAS INTEGRAS		MEMBRANAS ROTAS		TIEMPO DE RUPTURA		PRESENTACION		ALTIMERA UTERINA		HORA																	
DILATACION		BORRAMIENTO		PLANO		PRE ECLAMPSIA		SEXO R.N. (H / M)		NUMERO INTENSIDAD																	
F. CARDIACA FETAL		MOVIMIENTO FETAL		EXPULSIVO		ECLAMPSIA		PRE ECLAMPSIA		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						9 PROCEDIMIENTOS																					
SEÑALAR EL NUMERO DE LA LESION SOBRE LA ZONA AFECTADA Y DIBUJAR																											
						<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1 HERIDA PENETRANTE</td> <td>9 MORDEDURA</td> </tr> <tr> <td>2 HERIDA NO PENETRANTE</td> <td>10 CUERPO EXTRAÑO</td> </tr> <tr> <td>3 ESGUINCE</td> <td>11 QUEMADURA</td> </tr> <tr> <td>4 LUXACION</td> <td>12 APLASTAMIENTO</td> </tr> <tr> <td>5 FRACTURA CERRADA</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>6 FRACTURA EXPUESTA</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>7 HEMATOMA</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>8 AMPUTACION</td> <td>16</td> </tr> </table>						1 HERIDA PENETRANTE	9 MORDEDURA	2 HERIDA NO PENETRANTE	10 CUERPO EXTRAÑO	3 ESGUINCE	11 QUEMADURA	4 LUXACION	12 APLASTAMIENTO	5 FRACTURA CERRADA	13	6 FRACTURA EXPUESTA	14	7 HEMATOMA	15	8 AMPUTACION	16
1 HERIDA PENETRANTE	9 MORDEDURA																										
2 HERIDA NO PENETRANTE	10 CUERPO EXTRAÑO																										
3 ESGUINCE	11 QUEMADURA																										
4 LUXACION	12 APLASTAMIENTO																										
5 FRACTURA CERRADA	13																										
6 FRACTURA EXPUESTA	14																										
7 HEMATOMA	15																										
8 AMPUTACION	16																										
VENTILACION MANUAL						OXIGENTERAPIA (VOLUMEN/MIN)																					
VENTILACION MECANICA						FLUIDOTERAPIA (VOLUMEN)																					
MEDICACION						PUNCIÓN CRICOTIROIDEA		INTUBACION																			
INMOVILIZACION PARCIAL						INMOVILIZACION TOTAL		DESCOMPRESION TORAX																			
SONDAJE VESICAL						SONDAJE NASOGASTRICO		EXTRACCION C. EXTRAÑO																			
SUTURA / CURACION						TAPONAMIENTO NASAL		HEMOSTASIA																			
10 ENTREGA DEL PACIENTE																											
HORA LLEGADA		CARGO DE QUIEN ENTREGA		RESPONSABLE QUE ENTREGA		FIRMA		VIVO		MUERTO																	
HORA ENTREGA		UNIDAD QUE RECIBE		RESPONSABLE QUE RECIBE		FIRMA		MANEJO AMBULATORIO		INTERNADO																	

SNS-MSP / HCU-anexo 2 / 2008

ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (1)



DIRECCIÓN DEL SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR

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	

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

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

6 OBSERVACIONES



DIRECCIÓN DEL SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR

Anexo 6

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		

SNS-MSP / HCU-form.024 / 2008

AUTORIZACIÓN, EXONERACIÓN Y RETIRO



DIRECCIÓN DEL SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR

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 PROPOSITOS 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 CONSENTIO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD</p> <p>D CONSENTIO 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 FIDELIGNA 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>	<p style="text-align: center;">FIRMAS DEL PACIENTE</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>

5 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE LEGAL				
<p>COMO RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA IMPOSIBILITADO PARA DECIDIR EN FORMA AUTÓNOMA SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGUN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO.</p>				
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	PARENTESCO	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA



DIRECCIÓN DEL SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR

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

Elaborado por: Subdirección de Regulación del Seguro de Salud



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



DIRECCIÓN DEL SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR

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.



DIRECCIÓN DEL SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR

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.



DIRECCIÓN DEL SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR

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