



IESS

***MANUAL DE PROCESOS
REFERENCIA, DERIVACIÓN Y
CONTRAREFERENCIA***

***Vocalía del Consejo Directivo en Representación de
los Asegurados
Dirección General del Seguro de Salud Individual y
Familiar
Dirección Nacional de Procesos
Mayo, 2014***

CÓDIGO	FECHA DE VIGENCIA	VERSIÓN	PÁGINAS
DG-COGP-DSGIF-SRSS-GEP-PS-M-01	03-Julio-2014	V2.1	74
MANUAL DE PROCESOS			
RUBRO	CARGO	FIRMA	FECHA
APROBADO POR:	Econ. José Martínez Dobronsky DIRECTOR GENERAL DEL IESS		
REVISADO POR:	Ing. Carlos Morales Ortiz. DIRECTOR NACIONAL DE PROCESOS		
ELABORADO POR:	Ing. Margarita Alarcón ANALISTA FINANCIERA - SGSIF		
	Ing. Soledad Armijos TECNICO-VOCALIA ASEGURADOS		
	Econ. Alexandra Flores ANALISTA ECONÓMICO - SGSIF		
	Lic. Silvia León INVESTIGADORA SOCIAL - SGSIF		
	Ing. Geovanny Meza ASESOR – VOCALIA ASEGURADOS		
	Lic. Gina Realpe ENFERMERA - SGSIF		
	Ing. Mónica Rivera ANALISTA DE PROCESOS - DNPR		

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. CONTROL DE CAMBIOS DEL DOCUMENTO	4
2. IDENTIFICACIÓN DEL DOCUMENTO	4
3. GENERALIDADES.....	5
3.1. DESCRIPCIÓN GENERAL	5
3.2. OBJETIVOS.....	5
3.3. ALCANCE Y ÁMBITO DE APLICACIÓN	5
4. NORMAS GENERALES DE OPERACIÓN	6
4.1. BASE LEGAL.....	6
4.2. POLÍTICAS INSTITUCIONALES	8
DE LA REFERENCIA O DERIVACIÓN	8
4.3. HERRAMIENTAS.....	13
4.4. PERFILES Y NIVELES DE RESPONSABILIDAD	14
5. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO	15
5.1. MAPA DE PROCESO	15
5.2. MAPA DE VALOR	17
5.3. CARACTERIZACIÓN	18
5.4. DIAGRAMA DE FLUJO.....	19
5.4.1. REFERENCIA REGULAR	20
5.4.2. DERIVACIÓN POR EMERGENCIA	24
5.4.3. DERIVACIÓN DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES.....	27
5.4.4. DERIVACIÓN AL EXTERIOR.....	29
5.4.5. DERIVACIÓN DE TRASPLANTES Y CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES CATASTROFICAS	31
5.5. MATRIZ ACLARATORIA ENTRADAS, SALIDAS DE DIAGRAMA DE FLUJO.....	33
5.5.1. REFERENCIA REGULAR	33
5.5.2. DERIVACIÓN POR EMERGENCIA	44
5.5.3. DERIVACIÓN DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES.....	51
5.5.4. DERIVACIÓN AL EXTERIOR.....	53
5.5.5. DERIVACIÓN DE TRASPLANTES Y CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS	59
5.6. SISTEMAS DE INFORMACIÓN	63
6. INDICADORES DE DESEMPEÑO DEL PROCESO.....	64
7. GLOSARIO DE TÉRMINOS	66

8. ANEXOS.....	74
----------------	----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Registro de cambios del documento	4
Tabla 2: Identificación del documento.....	4
Tabla 3: Detalle de la base legal.....	6
Tabla 4: Detalle de herramientas.....	13
Tabla 5: Perfiles y Niveles de Responsabilidad	14

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Mapa de proceso	16
Ilustración 2: Mapa de valor del proceso	17
Ilustración 3: Caracterización del proceso	18
Ilustración 4 Diagrama de Flujo del Proceso	20

1. CONTROL DE CAMBIOS DEL DOCUMENTO

Tabla 1: Registro de cambios del documento

REGISTRO DE CAMBIOS EN EL DOCUMENTO				
VERSIÓN	MOTIVO	RESPONSABLE	ELABORADO POR	FECHA
1.0	Creado	Dirección Nacional de Procesos	Mónica Rivera	23/03/2014
2.0	Cambios de componentes del Manual	Dirección Nacional de Procesos	Mónica Rivera	30/05/2014
2.1	Incorporación de observaciones	Dirección Nacional de Procesos	Mónica Rivera	03/07/2014

Elaborado por: Dirección Nacional de Procesos

2. IDENTIFICACIÓN DEL DOCUMENTO

Tabla 2: Identificación del documento

MACROPROCESO:	GESTION DE ENTREGA DE PRESTACIONES
PROCESO:	REFERENCIA, DERIVACIÓN Y CONTRAREFERENCIA
SUBPROCESO:	<ul style="list-style-type: none"> • REFERENCIA REGULAR • DERIVACIÓN POR EMERGENCIA • DERIVACIÓN DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES • DERIVACIÓN AL EXTERIOR • DERIVACIÓN DE TRASPLANTES Y CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES CATASTROFICAS
RESPONSABLE:	DIRECCIÓN DEL SEGURO GENERAL DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR

Elaborado por: Dirección Nacional de Procesos

3. GENERALIDADES

3.1. DESCRIPCIÓN GENERAL

El presente manual define el proceso y los procedimientos para la gestión del Sistema de Referencia, Derivación y Contrareferencia de pacientes a proveedores de servicios de salud, los mismos que permiten alinear y asegurar el fiel cumplimiento de dicho sistema.

El Sistema de Referencia, Derivación y Contrareferencia del IESS se sujeta a la Normativa Nacional vigente dictada por la Autoridad Sanitaria Nacional.

3.2. OBJETIVOS

GENERAL

Contribuir a garantizar a la población asegurada atención integral e integrada de salud mediante la aplicación de las normas y procedimientos del Sistema de Referencia, Derivación y Contrareferencia del IESS, con oportunidad, eficacia y eficiencia.

ESPECIFICOS

- Establecer las políticas para la Referencia, Derivación, Contrareferencia, Autoreferencia y Referencia Inversa en la Red Plural del IESS.
- Facilitar el acceso a los servicios de salud a través de la complementariedad de los establecimientos de servicios de salud y evitar las demoras que pongan en riesgo la vida de los pacientes.
- Optimizar los recursos disponibles en base a la Capacidad Resolutiva de los proveedores en cada territorio mediante el funcionamiento articulado de la red.
- Reducir los desplazamientos innecesarios de los pacientes y sus familiares.
- Cumplir con los procesos establecidos para la documentación del traslado de los pacientes.
- Evitar la subjetividad y discrecionalidad en la selección de los proveedores de servicios de salud.
- Definir indicadores de desempeño del Sistema de Referencia, Derivación y Contrareferencia, cuyo análisis permita mejorar la productividad y la calidad de los servicios de salud.

3.3. ALCANCE Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

El Proceso de “Referencia, Derivación y Contrareferencia” inicia con la recepción de la solicitud de atención y finaliza con la elaboración de la Referencia/Derivación o Referencia Inversa, según necesidad; y, su registro en el Sistema Médico Informático del IESS.

El presente manual es de aplicación obligatoria en la Red Plural del IESS.

4. NORMAS GENERALES DE OPERACIÓN

4.1. BASE LEGAL

Tabla 3: Detalle de la base legal

NORMA	AÑO	ARTÍCULOS	TEMAS
Constitución de la República	2008	32	La salud es un derecho que garantiza el Estado.
		34	El derecho de la seguridad social es un derecho irrenunciable.
		360	Atención integral, Fortalecimiento del I Nivel de Atención, Red Pública Integral de Salud.
		369	El seguro universal obligatorio cubrirá las contingencias de enfermedad, maternidad, paternidad, riesgos de trabajo, cesantía, desempleo, vejez, invalidez, discapacidad, muerte y aquellas que defina la ley.
		370	El IESS es responsable de la prestación de salud por contingencias del seguro universal a sus afiliados.
Ley Orgánica de Salud	2006	1	Del Derecho a la salud y protección;
		2	
		13	De la conformación y organización de la Red.
		18	Puerta de entrada a la Red Plural.
		7	De la atención por emergencia
		22	
186			
Ley de Derechos y Amparo al Paciente	1995		Derechos y Amparo al Paciente
Ley de Seguridad Social	2001	103	Prestaciones de salud.
		108	Lineamiento de política.
		110	Asignación de funciones.
		111	Administración del seguro general de salud.
		114	Prestadores de servicios de salud.
Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud	2002		Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud

NORMA	AÑO	ARTÍCULOS	TEMAS
Marco Legal del IESS.	1991		Atención a pacientes en unidades médicas del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.
Resolución C.D. 308	2010.		Reglamento para la atención de salud integral y en red de los asegurados del IESS.
Instructivo 001-2012 del Ministerio de Salud Pública.	2012		Para la viabilidad de la atención en salud en unidades de la red pública integral de salud y en la red privada (complementaria) de prestadores de servicios de salud.
Modelo de Atención Integral en Salud – MAIS -	2012		Modelo de Atención Integral en Salud – MAIS -
Convenio Marco Interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública, Ministerio del Interior, Ministerio de Defensa, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional y el Ministerio de Salud Pública	2012		Para integrar la red pública integral de salud
Norma del Subsistema de Referencia, Derivación, Contrareferencia, Referencia inversa y Transferencia del Sistema Nacional de Salud	2013		Referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del sistema nacional de salud
Norma técnica para la Derivación y Financiamiento de cobertura internacional para la atención integral de salud de usuarios con condiciones catastróficas.	2013		Derivación y financiamiento de cobertura internacional para la atención integral de salud de usuarios con condiciones catastróficas.
Resolución C.D. 457.	2013	Numeral 2.2.1: Literal e)	Criterios técnicos para elegir el prestador de los servicios de salud.
Acuerdo ministerial 1032	2013		Tipología para Homologar Establecimientos de Salud por Niveles
Plan Nacional para el buen vivir	2013 - 2017		Plan Nacional para el buen vivir
Código Orgánico Organización Territorial Autonomía Descentralización	2010		Código Orgánico Organización Territorial Autonomía Descentralización

Elaborado por: Dirección General del Seguro Individual y Familiar

4.2. POLÍTICAS INSTITUCIONALES

DE LA REFERENCIA O DERIVACIÓN

1. Las unidades médicas de la Red Interna del IESS, de las demás instituciones que conforman la Red Pública Integral de Salud (RPIS), o, de la Red Complementaria que no dispongan de la Capacidad Resolutiva para atender las necesidades de salud de los asegurados, podrán Referir o Derivar a los pacientes a unidades de igual o mayor Nivel de Complejidad acreditadas y contratadas, de conformidad con la normativa vigente, guardando el orden que se establece en los numerales 2 y 3 de las presentes políticas.
2. La exploración de servicios de igual o mayor Nivel de Complejidad, se realizará en la red de servicios de salud, guardando el siguiente orden de precedencia:
 - Por circuito (red local);
 - Por distrito (red cantonal / provincial); y,
 - Por Zona (red nacional).
3. La selección del proveedor se sujetará a la Cartera de Servicios y al siguiente orden de precedencia :
 - Unidades de la Red Interna del IESS;
 - Unidades Médicas de las demás instituciones que conforman la Red Pública Integral de Salud (RPIS) Integral de Salud: MSP, Hospitales de las Fuerzas Armadas, Hospitales de la Policía; y,
 - Unidades de la Red Complementaria, de acuerdo a esta prioridad:
 - Unidades de los Gobiernos autónomos y descentralizados;
 - Unidades de salud sin fines de lucro; y,
 - Unidades con fines de lucro.
4. La Referencia o Derivación de pacientes de un territorio a otro (de una provincia a otra), guardará el mismo orden de prelación establecido en el numeral 3 de éstas políticas. Esta Referencia o Derivación no requiere la autorización de la Subdirección, Unidad o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud de procedencia del paciente. La coordinación a la que hubiere lugar para la transferencia del paciente se hará entre la unidad referente y la unidad receptora.
5. La Transferencia de pacientes hospitalizados o de aquellos que se encuentren en el Servicio de Emergencia, a otra Unidad Médica de igual, mayor o menor Nivel de Complejidad, guardará el mismo orden de prelación establecido en el numeral 3 de

éstas políticas. Esta Transferencia no requiere la autorización de la Subdirección, Unidad o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud correspondiente. La coordinación a la que hubiere lugar para la Transferencia del paciente se hará entre la unidad referente y la unidad receptora. Por ningún motivo se procederá a transferir pacientes sin garantizar la recepción en la Unidad Médica receptora.

6. A todo paciente que sea referido o derivado de la unidad médica se le entregará un documento con la siguiente información:

TIPO DE ATENCIÓN REQUERIDA	SERVICIO	TIPO DE INFORMACIÓN	DOCUMENTO
AMBULATORIA / HOSPITALARIA	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta externa • Auxiliares de Diagnóstico • Hospitalización clínica. • Hospitalización Quirúrgica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre del proveedor asignado (unidad / consultorio). • Dirección del proveedor asignado. • Fecha y Hora de la atención. 	Original del Form 0053 de la HCU (físico), firmado y sellado.
EMERGENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Clínica • Quirúrgica • Cuidados Intensivos 	<p>La transferencia del paciente se hará guardando los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En Ambulancia • Acompañado de personal médico de la unidad que realiza la Referencia o Derivación. • Coordinada la recepción del paciente. 	<p>Original del Form 008 de la HCU (físico), firmado y sellado.</p> <p>Original del Form 0053 de la HCU (físico), firmado y sellado.</p> <p>Original del Form 002 de la HCU (físico), firmado y sellado.</p>

7. La puerta de entrada a la Red Interna del IESS es el I Nivel de Atención (todos los niveles de Complejidad) y el II Nivel de Atención (hasta el quinto Nivel de Complejidad); a través del sistema de agendamiento de citas del IESS; se exceptúan los casos de emergencia.

DE LA REFERENCIA INVERSA Y AUTOREFERENCIA

8. El proveedor que considere que ha recibido un paciente que no le corresponde a su especialidad, tiene la obligación de realizar la Interconsulta respectiva (en la misma unidad) al especialista que considere necesario, adjuntando el Informe Médico

respectivo.

9. El proveedor que considere que ha recibido un paciente que no le corresponde a su Nivel de Atención y/o Complejidad, tiene la obligación de realizar la Referencia Inversa a la unidad de menor Nivel Complejidad o, la Referencia / Derivación a la unidad de mayor Nivel de Complejidad, de conformidad con los criterios de selección del proveedor establecidos en estas políticas, adjuntando el Informe Médico respectivo.
10. El proveedor receptor atenderá únicamente las Referencias o Derivaciones solicitadas; por tanto, los asegurados no podrán acudir – Auto referenciados - a los proveedores sin tener agendada la cita, exceptuando los casos de emergencia.

DE LA CONTRAREFERENCIA.-

11. Una vez finalizado el evento que motivó la Referencia o Derivación, el proveedor que recibió al paciente, **obligatoriamente**, realizará la Contrareferencia a la unidad médica de procedencia o de adscripción para Continuidad de Tratamiento; o, emitirá el Informe de Resultados de Auxiliares de Diagnóstico, que además, deben ser registrados en el Sistema Médico Informático del ISS.

DE LA AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTOS ESPECIALES: ATENCIÓN POR EMERGENCIA, TRATAMIENTO DE DIÁLISIS, TRATAMIENTO ONCOLÓGICO Y ESTANCIA PROLONGADA.-

12. La Subdirección, Unidad o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud, receptorá la Notificación de emergencias atendidas en proveedores externos – contratados por el IESS – para su autorización inmediata, sin perjuicio, de la facultad que tiene la Subdirección, Unidad o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud para comprobarla.
13. En los casos de atención por emergencia en proveedores externos no contratados por el IESS, la Subdirección, Unidad o Grupo Provincial, procurará, dependiendo de las condiciones del paciente, la transferencia a la Red Interna del IESS. Si la transferencia a la Red Interna no es factible, entonces, se procederá a coordinar con un proveedor de la Red Pública Integral de Salud (RPIS). Si la transferencia a la Red Pública Integral de Salud (RPIS) no es factible, entonces, se procederá a coordinar con un proveedor de la Red Complementaria. Si la transferencia a la Red Complementaria no es factible, entonces, se procederá a autorizar la atención en el prestador de no convenio.
14. En el caso de pacientes hospitalizados en unidades de estancia prolongada de la Red Complementaria – centros de reposo, cuidados mínimos o paliativos - el proveedor debe presentar la solicitud de Continuidad de Tratamiento en la Subdirección, Unidad o Grupo Provincial del SGSIF, cada cinco meses, señalando el código de validación

inicial, adjuntando una Epicrisis actualizada a la fecha.

15. La autorización de Derivación de pacientes que requieren tratamiento de Diálisis se realizará en la Subdirección, Unidad o Grupo Provincial del SGSIF, considerando el lugar de domicilio si fuera pensionista; o el lugar de trabajo si fuera activo, para lo cual, el asegurado presentará una copia de la planilla de servicios (agua, luz, teléfono) o certificado de lugar de trabajo.
16. La autorización de Derivación de pacientes que requieren tratamiento oncológico se realizará en la Subdirección, Unidad o Grupo Provincial del SGSIF.
17. La autorización de tratamiento de Diálisis, Oncológico u Hospitalización de Larga Estancia para asegurados activos, tendrá una vigencia no mayor de cinco meses; para pensionistas, la vigencia será de un año.

DE LA AUTORIZACIÓN PARA TRANSPLANTES Y TRATAMIENTOS EN EL EXTERIOR

18. La Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, es la instancia facultada, en el ámbito nacional, para autorizar Trasplantes de órganos vitales; Continuidad de Tratamiento para control post trasplante de órganos vitales; y, atención en el exterior de pacientes con enfermedades raras o huérfanas y catastróficas.
19. En el caso de atención en el exterior de pacientes con enfermedades raras o huérfanas y catastróficas, se podrá autorizar exclusivamente procedimientos que no se realizan en el país, y previa coordinación con el Ministerio de Salud Pública (Dirección de Cooperación y Relaciones Internacionales).
20. La autorización para trasplante de órganos vitales, se someterá al Norma Nacional vigente establecido por la Autoridad Sanitaria.
21. La autorización de Continuidad de Tratamiento para control post trasplante de órganos vitales, podrá ser en el mismo proveedor u otro de la Red Interna o RPIS.
22. Se procederá a la autorización de Continuidad de Tratamiento post trasplante de órganos vitales, en la misma Unidad Médica que realizó el trasplante hasta un año después del procedimiento. Una vez transcurrido este tiempo, se gestionará la referencia del paciente a la Unidad Médica de III Nivel de Complejidad de la Red Interna del IESS. En el caso que la Unidad Médica de III Nivel de Complejidad de la Red Interna del IESS no disponga de Capacidad Resolutiva para continuar el tratamiento post trasplante, se autorizará en la misma Unidad Médica que realizó el trasplante por un año más.

DEL CONTROL DEL SISTEMA DE REFERENCIA, DERIVACIÓN Y CONTRAREFERENCIA

23. La Referencia o Derivación, se registrará en el Sistema Médico Informático del IESS, el cual contendrá pistas de auditoría.
24. La Unidad Médica de la Red Complementaria que recibe pacientes referidos o derivados o en situación de emergencia, no podrá rechazar o negar la atención solicitada.
25. Las Unidades Médicas de la Red Plural que, de manera expresa o tácita, se nieguen a prestar atención a personas en situación de emergencia, serán reportadas a la Autoridad Sanitaria Nacional.
26. Las Referencias y Derivaciones que se realizan en las unidades médicas de la Red Plural, así como las autorizaciones que se realizan tanto en las dependencias provinciales del Seguro General de Salud Individual y Familiar cuanto en la propia Dirección de este seguro especializado, tendrán un Código que identificará al proveedor referente, el Nivel de Atención requerido y el orden secuencial de emisión del documento.
27. La Referencia o Derivación es responsabilidad del médico que la solicita o elabora, del Director o Director Médico de la Unidad Médica referente; del Derivador de la Dirección del SGSIF; y, del Derivador de la Subdirección, Unidad o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud.
28. La Evaluación de la Calidad de las Cuentas Médicas y el pago por la atención de salud de pacientes referidos o derivados a otra provincia será responsabilidad de la Subdirección Provincial de Prestaciones de Salud (zonal) a la que pertenece el paciente.
29. La Referencia o Derivación, **NO IMPLICA**, en ningún caso, exoneración del Proceso de Evaluación de Cuentas Médicas ni garantiza el pago total.
30. Si la Evaluación de la Calidad de las Cuentas Médicas de los proveedores de la Red Complementaria establece que la Derivación fue injustificada, se procederá de la siguiente manera:
 - Unidad Médica de la Red Interna deriva a la Unidad Médica de la Red Complementaria.-
 - **Pago de la atención.-** Se cancelará el valor que se establezca en la Evaluación de la Calidad de las Cuentas Médicas, al proveedor externo que otorgó la atención;

- **Establecimiento de un Cargo.-** Se establecerá un Cargo Provisional por el valor que se establezca en la Evaluación de la Calidad de las Cuentas Médicas de la atención en contra del profesional de la Red Interna que derivó injustificadamente. El Cargo Provisional se convertirá en un Cargo Definitivo, por resolución del respectivo órgano de control.
 - Unidad Médica de la Red Complementaria deriva a otra Unidad Médica de la Red Complementaria.-
 - **Pago de la atención.-** El SGSIF **NO** cancelará el valor por la atención que se derivó injustificadamente. La Unidad Médica receptora presentará el Reclamo de Pago a la Unidad Médica referente.

4.3. HERRAMIENTAS

Tabla 4: Detalle de herramientas

PLANTILLAS	HERRAMIENTAS INFORMÁTICAS
Formulario de Referencia, Derivación, Contrareferencia y Referencia Inversa - Form-SNS-MSP / HCU - form.053/ene/2015	Sistema Médico Informático del IESS

Elaborado por: Dirección Nacional de Procesos

4.4. PERFILES Y NIVELES DE RESPONSABILIDAD

Tabla 5: Perfiles y Niveles de Responsabilidad

No.	ROL	RESPONSABILIDADES
1.	OPERADOR DE ADMISIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA RECEPTORA	<ul style="list-style-type: none"> • Receptar la solicitud de atención. • Informar al paciente que no tiene programada la cita médica y recomendar el procedimiento a seguir.
2.	ENFERMERA DE LA UNIDAD MÉDICA RECEPTORA	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar la pre consulta
3.	MÉDICO DE LA UNIDAD MÉDICA DE MAYOR COMPLEJIDAD (receptora)	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar la consulta médica y establecer Diagnóstico. • Si no corresponde a su especialidad, informar al paciente y solicitar Interconsulta a otro especialista en la misma Unidad Médica. • Determinar si corresponde a su Nivel de Complejidad. • Actualizar Historia Clínica Única del paciente: registrar el Diagnóstico y el Plan de Tratamiento. • Informar al paciente. • Ejecutar el Plan de Tratamiento. • Elaborar la Contrareferencia a la Unidad Médica de procedencia (referencia) o de adscripción; y, registrar en el sistema. • Si no corresponde a su Nivel de Complejidad, explorar la Red Interna, la Red Pública Integral de Salud, la Red Complementaria revisar la Cartera de Servicios de Unidades Médicas, según necesidad de Referencia/Derivación o Referencia Inversa; y, seleccionar un proveedor. • Verificar la Oportunidad de la Atención. • Elaborar la Referencia/Derivación/Referencia Inversa del paciente a la Unidad Médica, según necesidad; y, registrar en el sistema.

No.	ROL	RESPONSABILIDADES
3.	MÉDICO DE LA UNIDAD MÉDICA DE MAYOR COMPLEJIDAD (receptora)	<p><i>En caso de emergencia:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Otorgar atención médica según necesidad y de conformidad con lo establecido en la Resolución C.D. 317. • Establecer Plan de Tratamiento. • Determinar si corresponde a su Nivel de Complejidad. • Actualizar Historia Clínica Única del paciente: registrar el Diagnóstico y el Plan de Tratamiento. • Informar al paciente. • Ejecutar Plan de Tratamiento. • Elaborar la Contrareferencia a la Unidad Médica de adscripción; y, registrar en el sistema. • Explorar la Red Interna, la Red Pública Integral de Salud, la Red Complementaria revisar la Cartera de Servicios de Unidades Médicas de igual o mayor Nivel de Complejidad y seleccionar un proveedor. • Verificar la Oportunidad de la Atención. • Elaborar la Referencia/Derivación; y, registrar en el sistema.
4.	MÉDICO / ENFERMERA DE LA SUBDIRECCIÓN, UNIDAD O GRUPO PROVINCIAL DE PRESTACIONES DE SALUD	<ul style="list-style-type: none"> • Derivación de procedimientos especiales: Hemodiálisis, Tratamiento oncológico y Hospitalización de larga estancia.
5.	MÉDICO / ENFERMERA DE LA DIRECCIÓN DEL SGSIF	<ul style="list-style-type: none"> • Derivación para trasplantes de órganos y tejidos; Continuidad de Tratamiento post trasplante; y, • Derivación al exterior - paciente con enfermedades raras o huérfanas y catastrófica -.

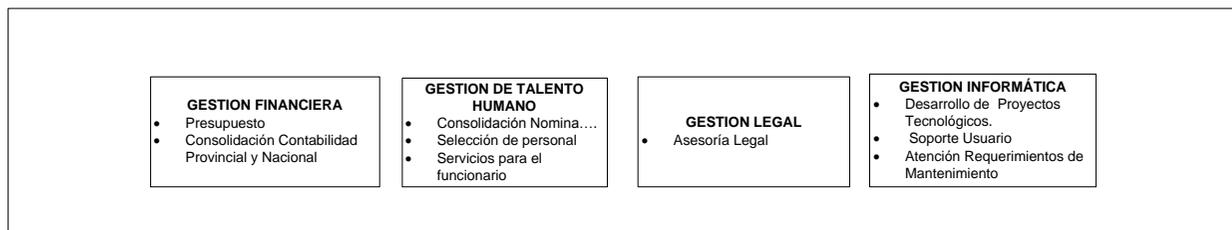
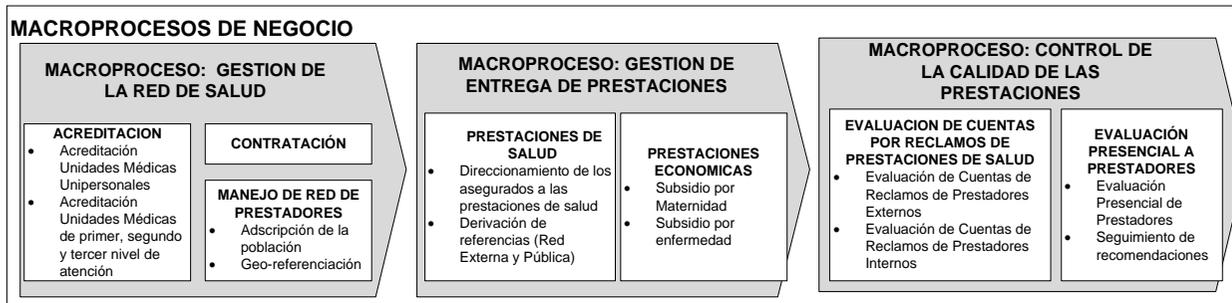
Elaborado por: Dirección General del Seguro Individual y Familiar

5. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

5.1. MAPA DE PROCESO

Ilustración 1: Mapa de proceso

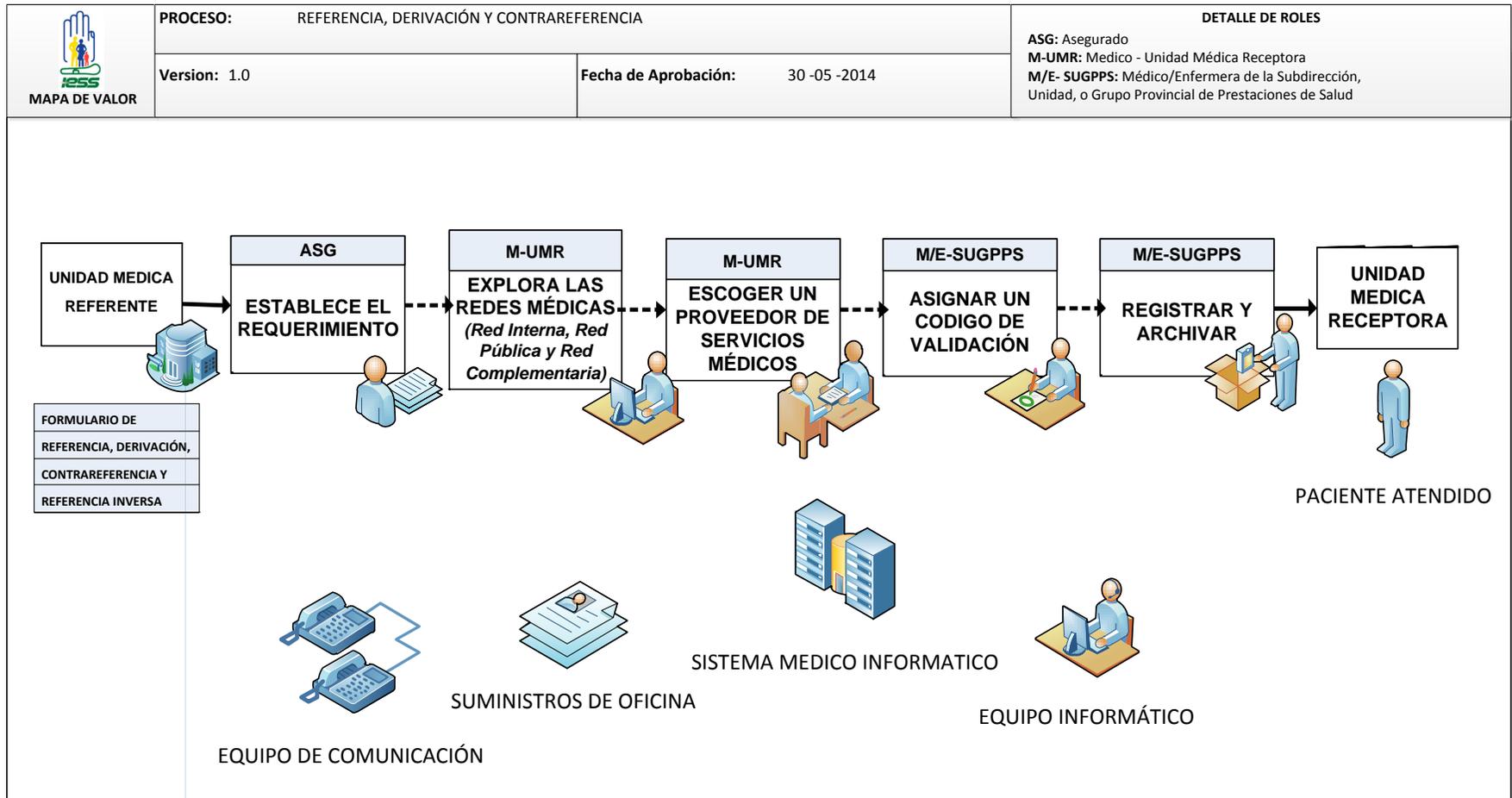
	MAPA DE PROCESOS SEGURO DE SALUD GENERAL INDIVIDUAL Y FAMILIAR
	PROYECTO: IESS INNOVA Fecha Elaboración: 24 Enero 2013



Elaborado por: Dirección Nacional de Procesos

5.2. MAPA DE VALOR

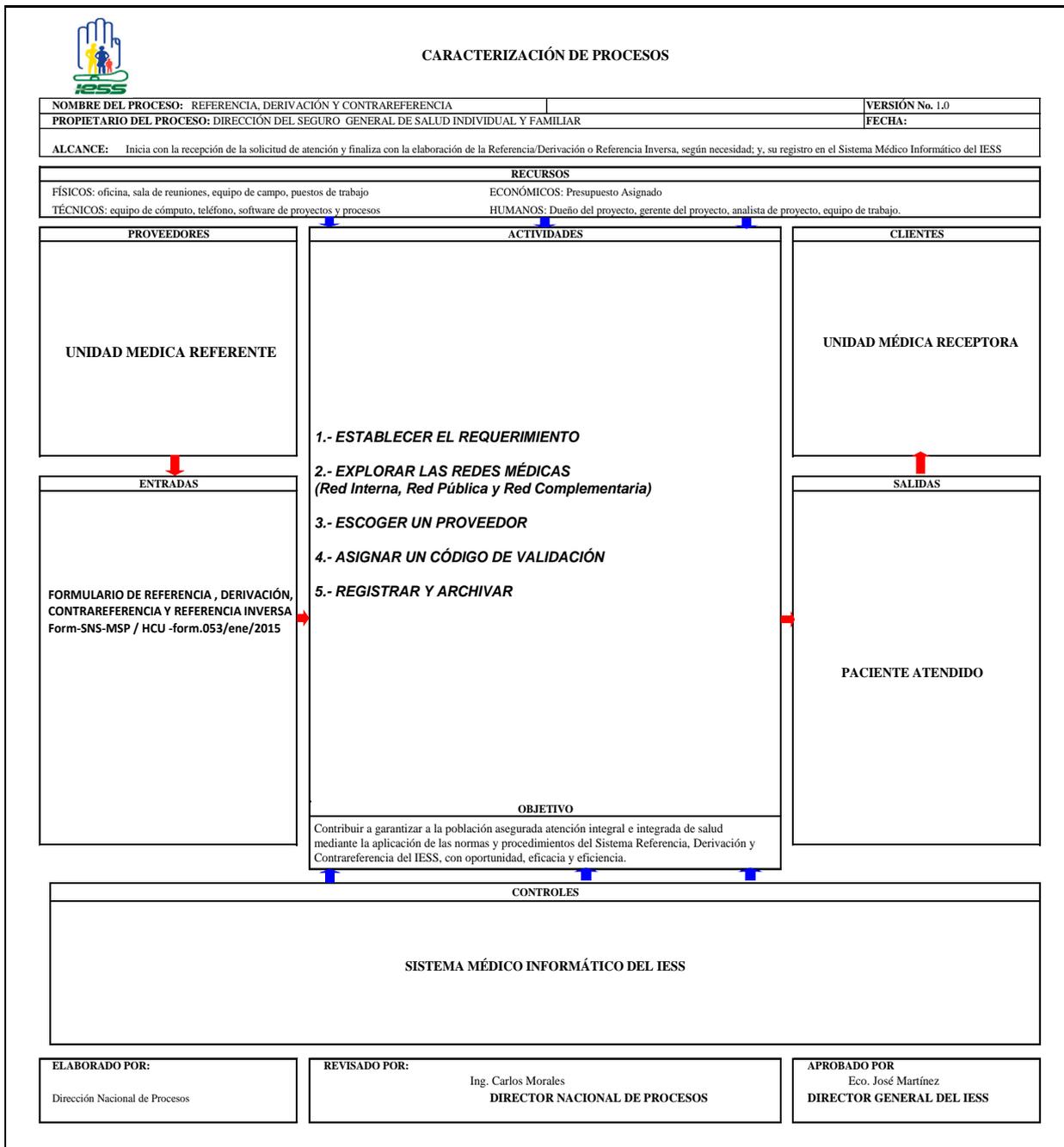
Ilustración 2: Mapa de valor del proceso



Elaborado por: Dirección Nacional de Procesos

5.3. CARACTERIZACIÓN

Ilustración 3: Caracterización del proceso

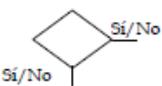


Elaborado por: Dirección Nacional de Procesos

5.4. DIAGRAMA DE FLUJO

El modelamiento de los Flujo gramas del proceso *Referencia, Derivación y Contrareferencia* se realizó bajo la Simbología ANSI, la cual proviene del Instituto Nacional de Normalización Estadounidense, es una organización privada sin fines lucrativos que administra y coordina la normalización voluntaria y las actividades relacionadas a la evaluación de conformidad en los Estados Unidos.

El ANSI ha desarrollado una simbología para que sea empleada en los diagramas orientados al procesamiento electrónico de datos –EDP- con el propósito de representar los flujos de información, de la cual se han adoptado ampliamente algunos símbolos para la elaboración de los diagramas de flujo dentro del trabajo de diagramación administrativa, dicha simbología se muestra a continuación:

Símbolo	Significado	¿Para que se utiliza?
	Inicio / Fin	Indica el inicio y el final del diagrama de flujo.
	Operación / Actividad	Símbolo de proceso, representa la realización de una operación o actividad relativas a un procedimiento.
	Documento	Representa cualquier tipo de documento que entra, se utilice, se genere o salga del procedimiento.
	Datos	Indica la salida y entrada de datos.
	Almacenamiento / Archivo	Indica el depósito permanente de un documento o información dentro de un archivo.
	Decisión	Indica un punto dentro del flujo en que son posibles varios caminos alternativos.

Símbolo	Significado	¿Para que se utiliza?
	Líneas de flujo	Conecta los símbolos señalando el orden en que se deben realizar las distintas operaciones.
	Conector	Conector dentro de página. Representa la continuidad del diagrama dentro de la misma página. Enlaza dos pasos no consecutivos en una misma página.
	Conector de página	Representa la continuidad del diagrama en otra página. Representa una conexión o enlace con otra hoja diferente en la que continua el diagrama de flujo.

Fuente: Elaborado a partir de la página <http://www.ansi.org/>

5.4.1. REFERENCIA REGULAR

Ilustración 4 Diagrama de Flujo del Proceso

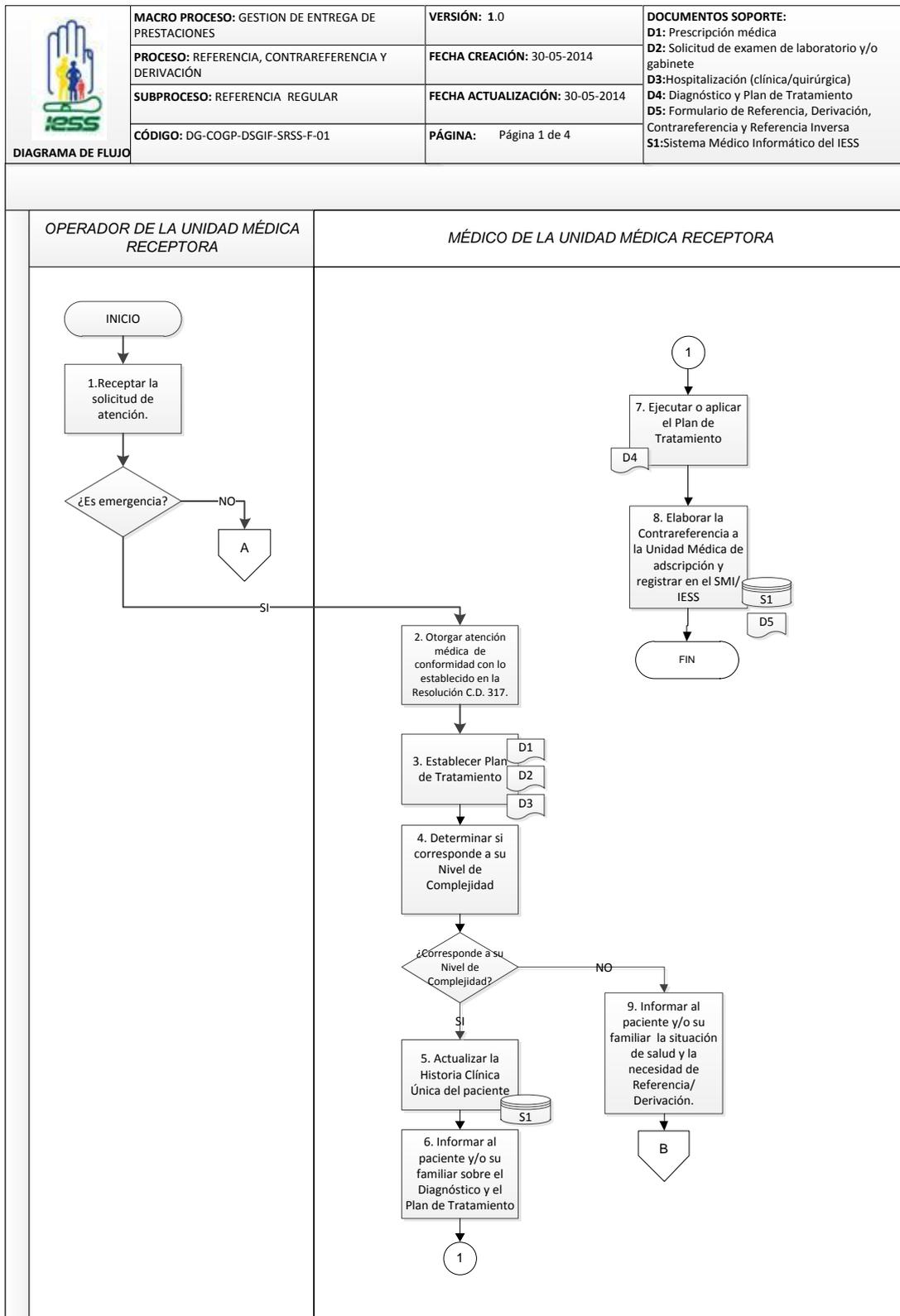
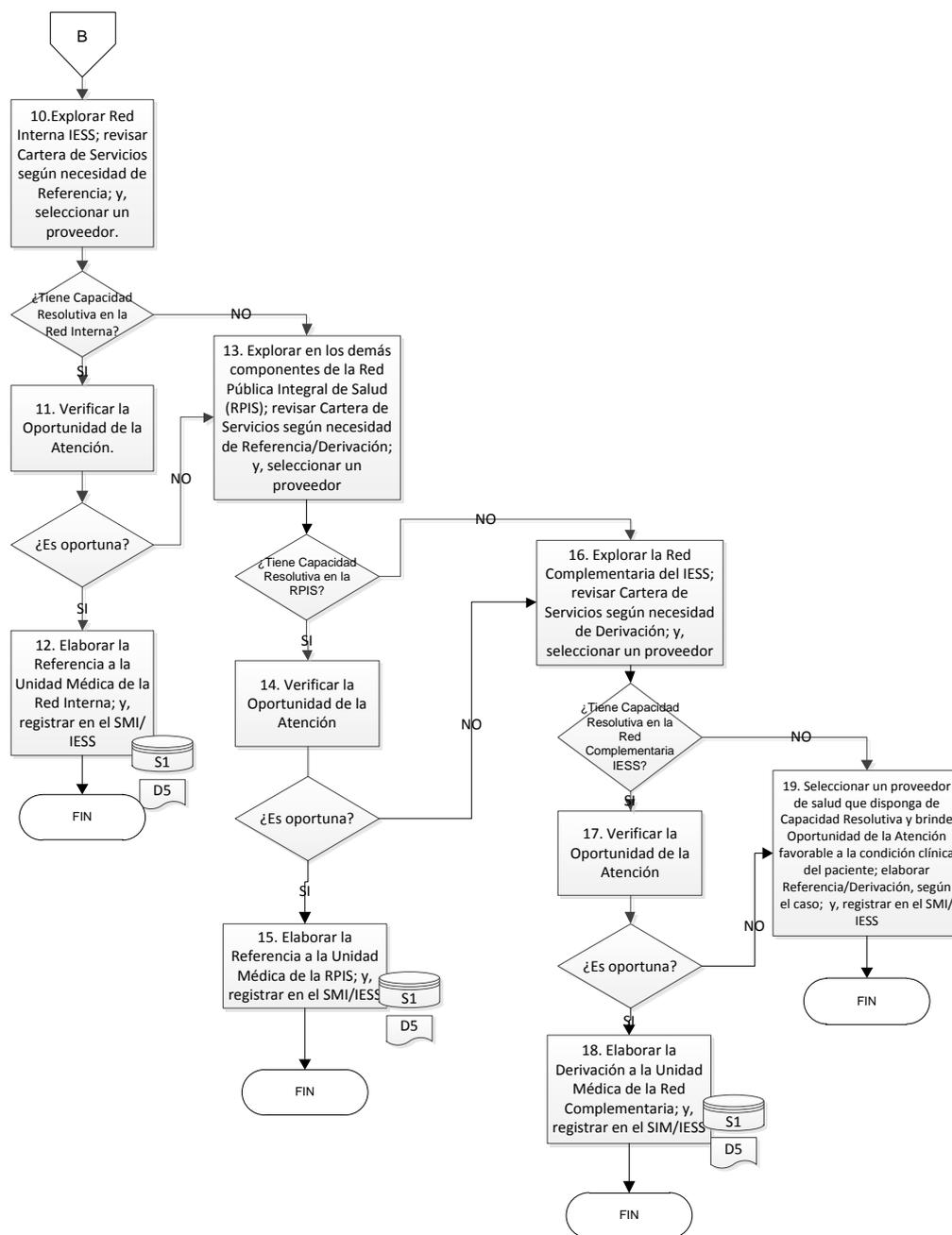
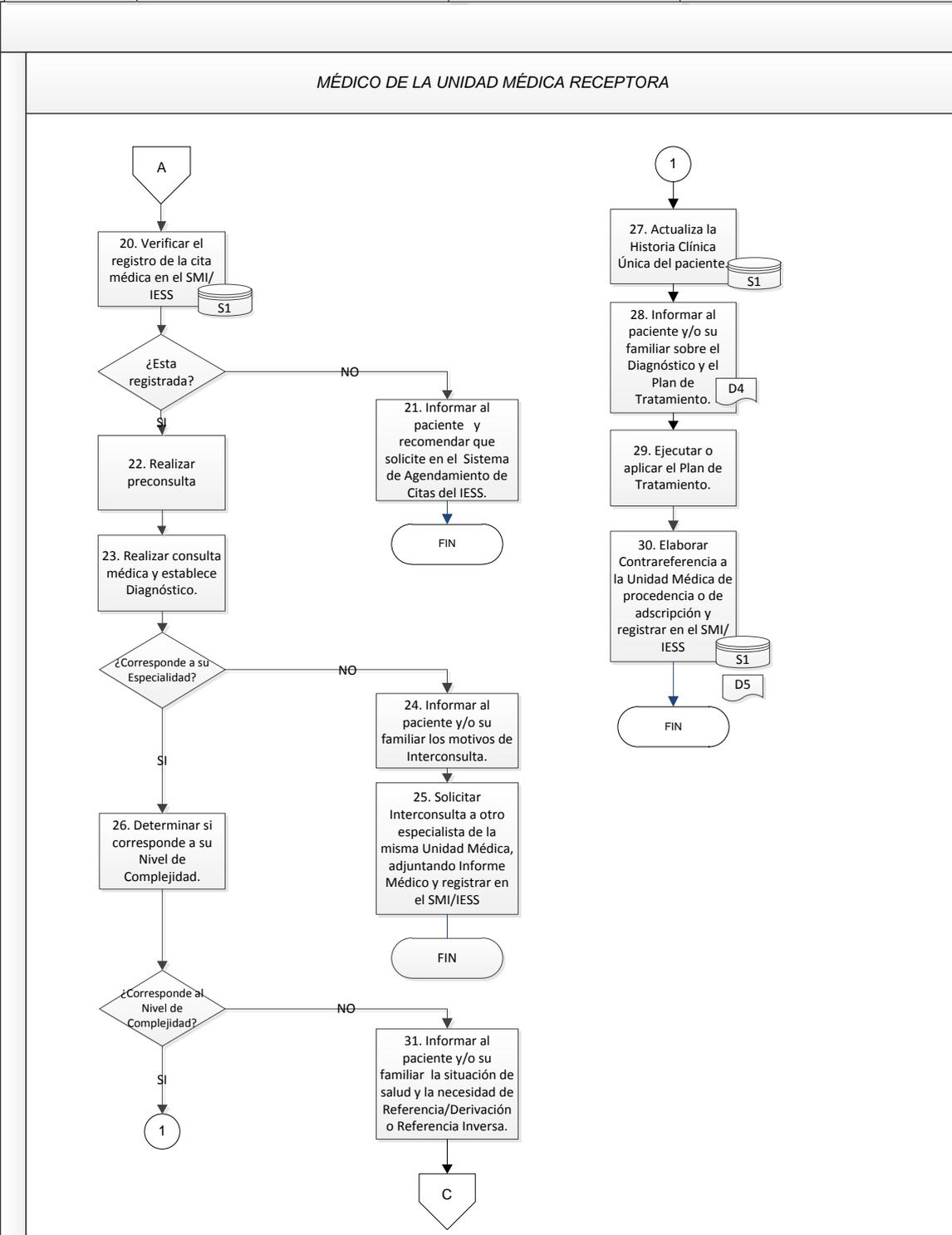


 DIAGRAMA DE FLUJO	MACRO PROCESO: GESTION DE ENTREGA DE PRESTACIONES	VERSIÓN: 1.0	DOCUMENTOS SOPORTE: D5: Formulario de Referencia, Derivación, Contrareferencia y Referencia Inversa S1: Sistema Médico Informático del IESS
	PROCESO: REFERENCIA, CONTRAREFERENCIA Y DERIVACIÓN	FECHA CREACIÓN: 30-05-2014	
	SUBPROCESO: REFERENCIA REGULAR	FECHA ACTUALIZACIÓN: 30-05-2014	
	CÓDIGO: DG-COGP-DSGIF-SRSS-F-01>	PÁGINA: Página 2 de 4	

MÉDICO DE LA UNIDAD MÉDICA RECEPTORA



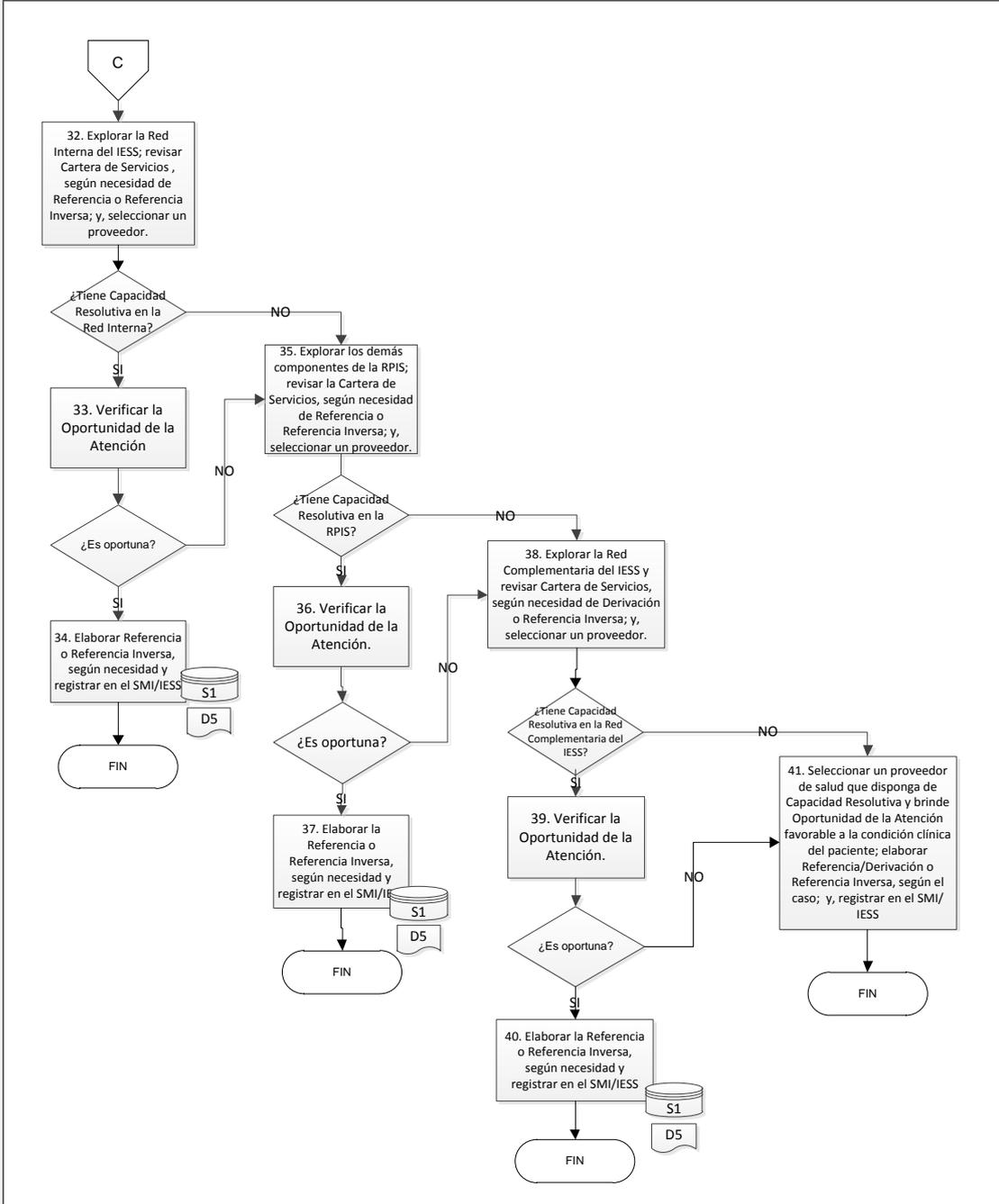
	MACRO PROCESO: GESTION DE ENTREGA DE PRESTACIONES	VERSIÓN: 1.0	DOCUMENTOS SOPORTE: D4: Diagnóstico y Plan de Tratamiento D5: Formulario de Referencia, Derivación, Contrareferencia y Referencia Inversa S1: Sistema Médico Informático del IESS
	PROCESO: REFERENCIA, CONTRAREFERENCIA Y DERIVACIÓN	FECHA CREACIÓN: 30-05-2014	
	SUBPROCESO: REFERENCIA REGULAR	FECHA ACTUALIZACIÓN: 30-05-2014	
	CÓDIGO: DG-COGP-DSGIF-SRSS-F-01	PÁGINA: Página 3 de 4	



	MACRO PROCESO: GESTIÓN DE ENTREGA DE PRESTACIONES	VERSIÓN: 1.0	DOCUMENTOS SOPORTE: D5: Formulario de Referencia, Derivación, Contrareferencia y Referencia Inversa S1: Sistema Médico Informático del IESS
	PROCESO: REFERENCIA, CONTRAREFERENCIA Y DERIVACIÓN	FECHA CREACIÓN: 30-05-2014	
	SUBPROCESO: REFERENCIA REGULAR	FECHA ACTUALIZACIÓN: 30-05-2014	
	CÓDIGO: DG-COGP-DSGIF-SRSS-F-01	PÁGINA: Página 4 de 4	

DIAGRAMA DE FLUJO

MÉDICO DE LA UNIDAD MÉDICA RECEPTORA



5.4.2. DERIVACIÓN POR EMERGENCIA

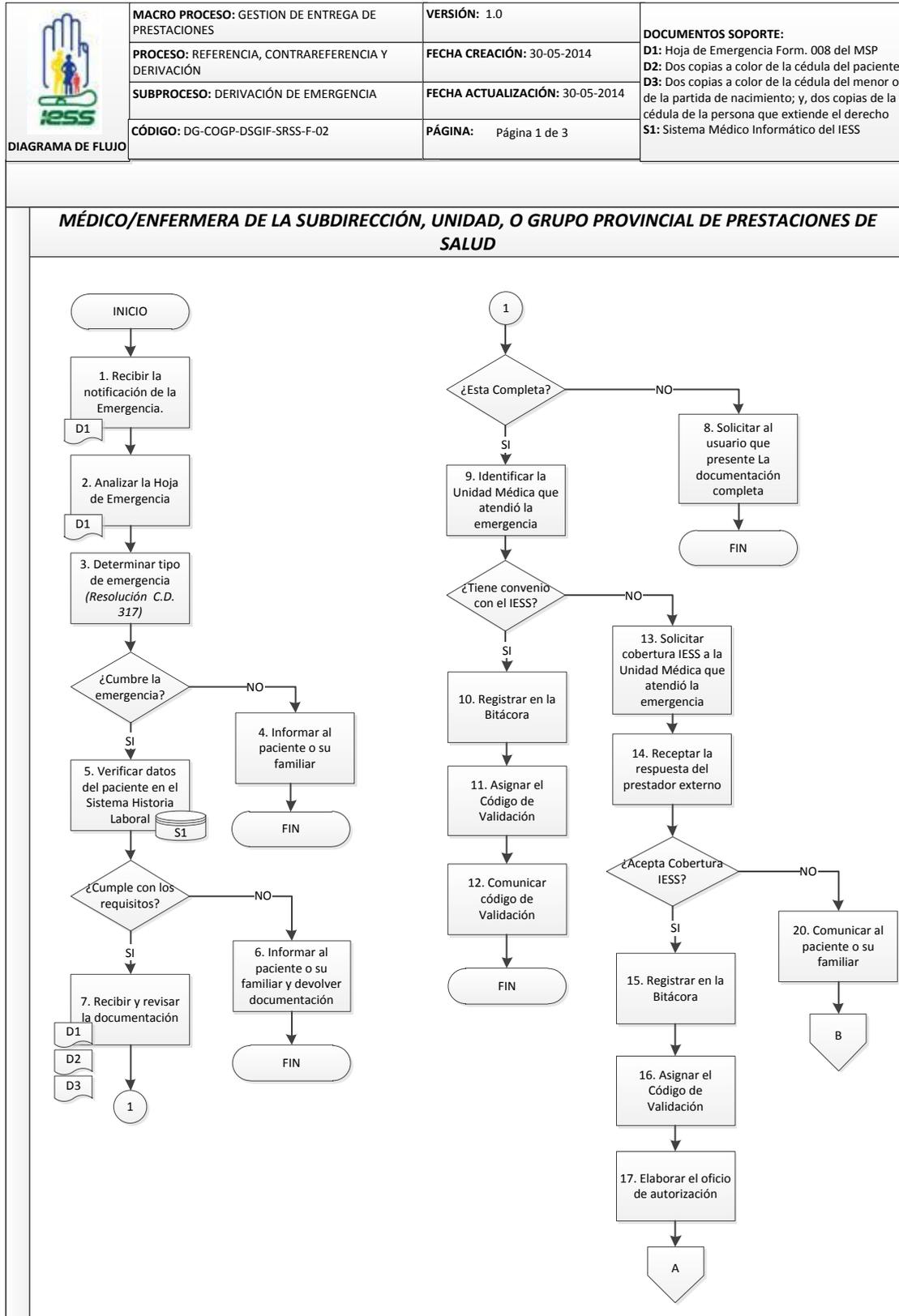
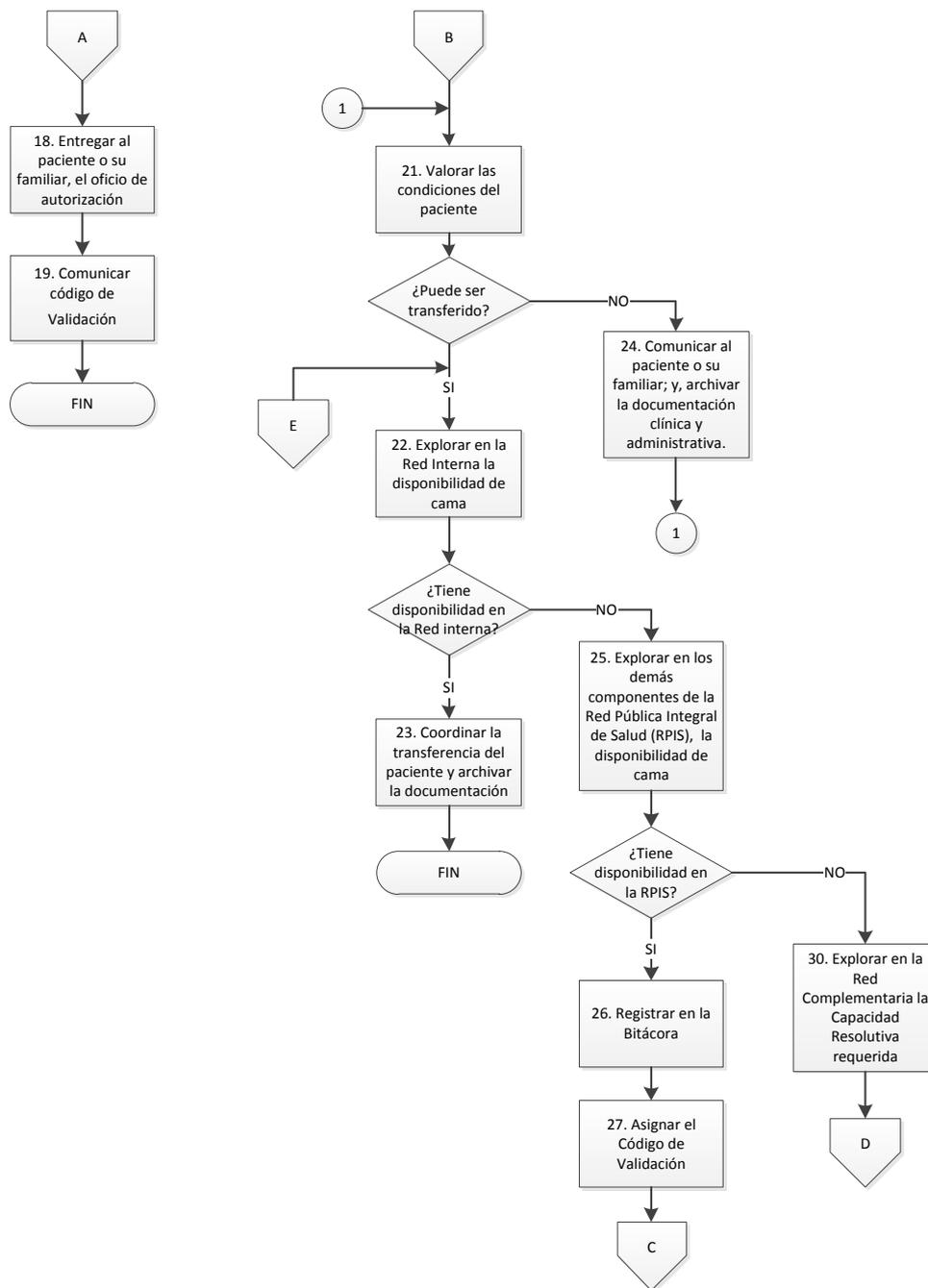


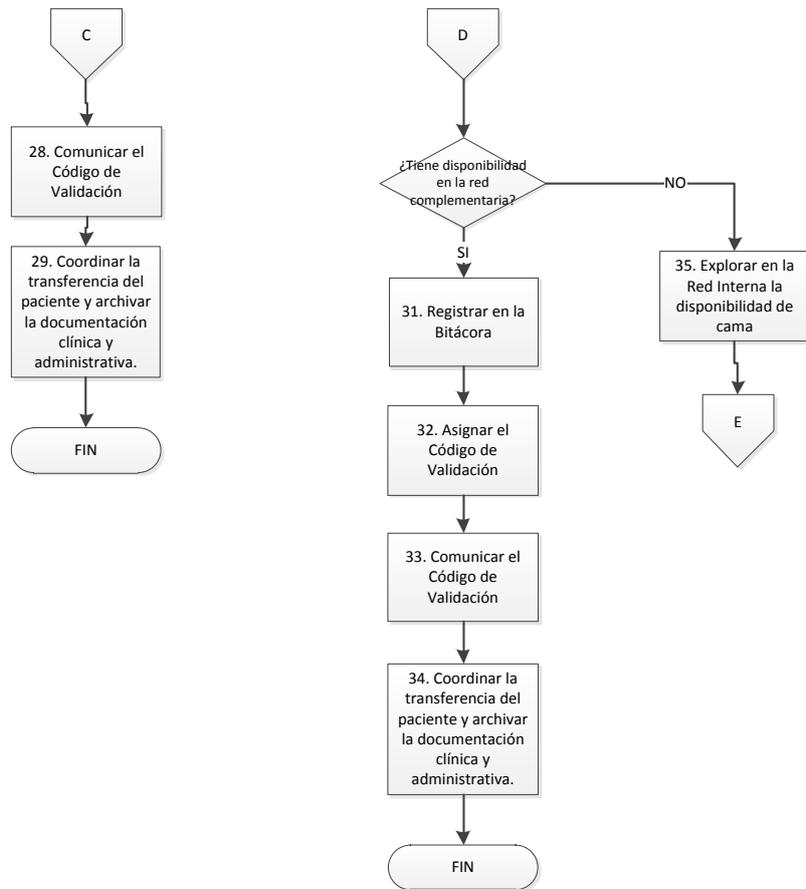
 DIAGRAMA DE FLUJO	MACRO PROCESO: GESTION DE ENTREGA DE PRESTACIONES	VERSIÓN: 1.0	DOCUMENTOS SOPORTE:
	PROCESO: REFERENCIA, CONTRAREFERENCIA Y DERIVACIÓN	FECHA CREACIÓN: 30-05-2014	
	SUBPROCESO: DERIVACIÓN DE EMERGENCIA	FECHA ACTUALIZACIÓN: 30-05-2014	
	CÓDIGO: DG-COGP-DSGIF-SRSS-F-02	PÁGINA: Página 2 de 3	

MÉDICO/ENFERMERA DE LA SUBDIRECCIÓN, UNIDAD, O GRUPO PROVINCIAL DE PRESTACIONES DE SALUD

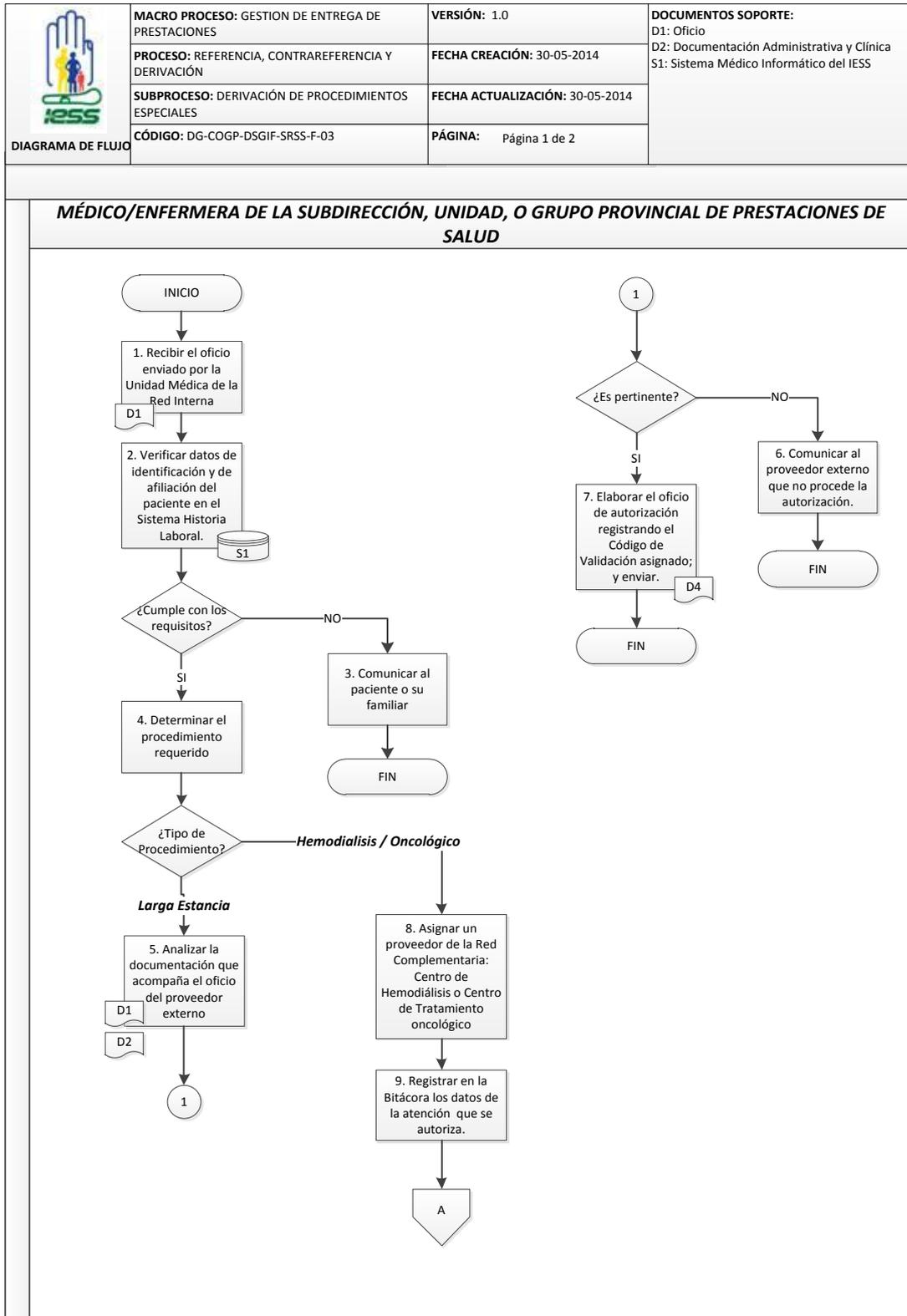


	MACRO PROCESO: GESTION DE ENTREGA DE PRESTACIONES	VERSIÓN: 1.0	DOCUMENTOS SOPORTE:
	PROCESO: REFERENCIA, CONTRAREFERENCIA Y DERIVACIÓN	FECHA CREACIÓN: 30-05-2014	
	SUBPROCESO: DERIVACIÓN DE EMERGENCIA	FECHA ACTUALIZACIÓN: 30-05-2014	
	CÓDIGO: DG-COGP-DSGIF-SRSS-F-02	PÁGINA: Página 3 de 3	

MÉDICO/ENFERMERA DE LA SUBDIRECCIÓN, UNIDAD, O GRUPO PROVINCIAL DE PRESTACIONES DE SALUD



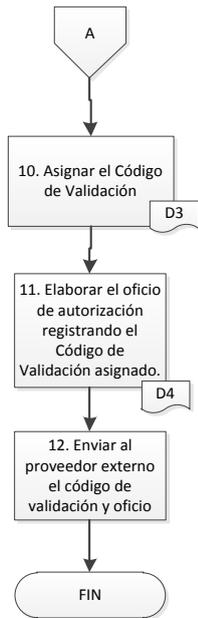
5.4.3. DERIVACIÓN DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES



	MACRO PROCESO: GESTION DE ENTREGA DE PRESTACIONES	VERSIÓN: 1.0	DOCUMENTOS SOPORTE: D3: Hoja de Emergencia Form. 008 del MSP D4: Oficio de Autorización
	PROCESO: REFERENCIA, CONTRAREFERENCIA Y DERIVACIÓN	FECHA CREACIÓN: 30-05-2014	
	SUBPROCESO: DERIVACIÓN DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES	FECHA ACTUALIZACIÓN: 30-05-2014	
	CÓDIGO: DG-COGP-DSGIF-SRSS-F-03	PÁGINA: Página 2 de 2	

DIAGRAMA DE FLUJO

MÉDICO/ENFERMERA DE LA SUBDIRECCIÓN, UNIDAD, O GRUPO PROVINCIAL DE PRESTACIONES DE SALUD



5.4.4. DERIVACIÓN AL EXTERIOR

	MACRO PROCESO: GESTION DE ENTREGA DE PRESTACIONES	VERSIÓN: 1.0	DOCUMENTOS SOPORTE: D1: Solicitud u oficio. D2: Copia de cédula a color , del paciente afiliado o jubilado al IESS D3: Documento Clínico D4: Copias digital (cd) D5: Consulta de Aportes D6: Informe del HCAM D7 y D8: Respuesta a consulta a proveedores nacionales
	PROCESO: REFERENCIA, CONTRAREFERENCIA Y DERIVACIÓN	FECHA CREACIÓN: 30-05-2014	
	SUBPROCESO: DERIVACIÓN AL EXTERIOR	FECHA ACTUALIZACIÓN: 30-05-2014	
	CÓDIGO: DG-COGP-DSGIF-SRSS-F-04	PÁGINA: Página 1 de 2	

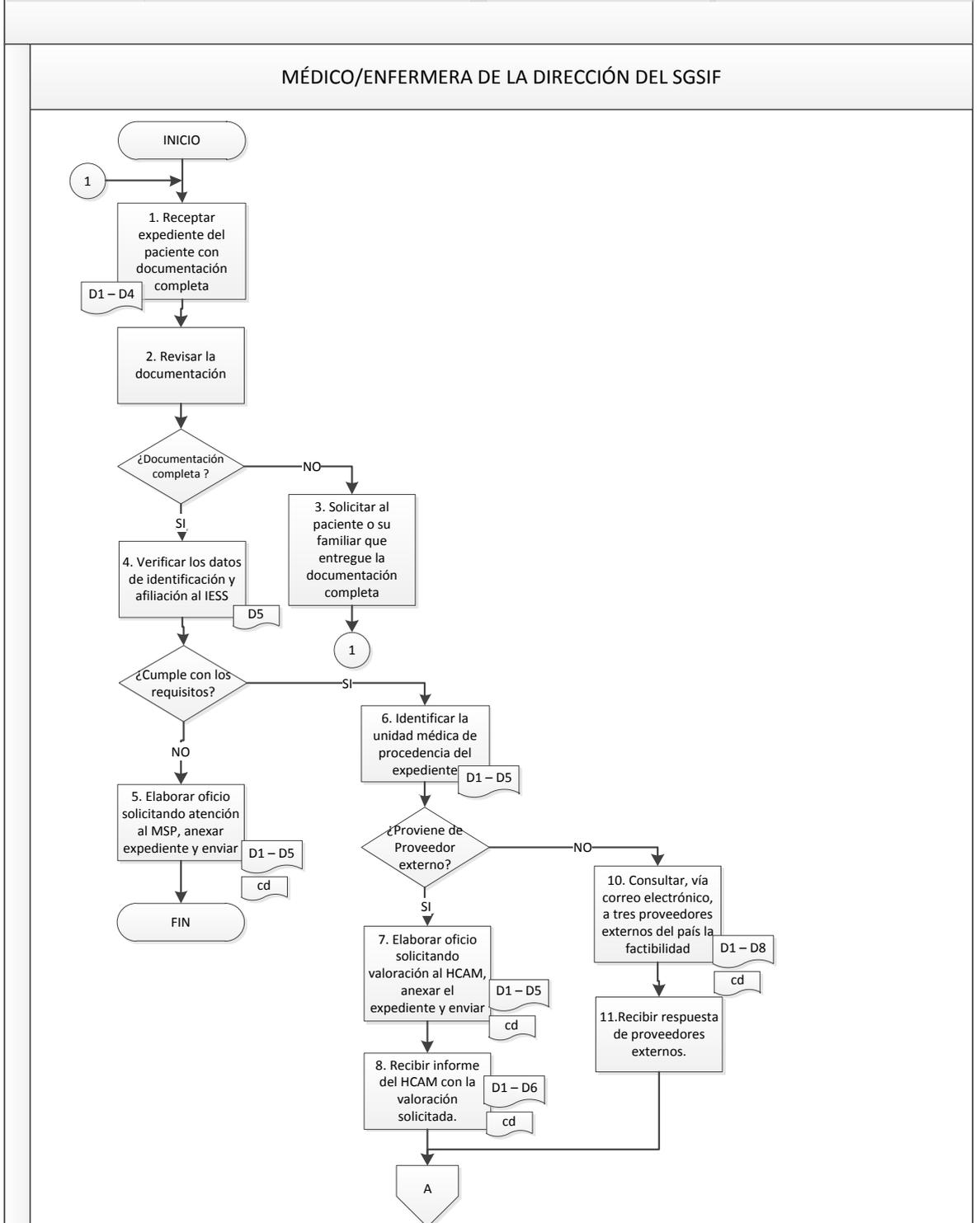
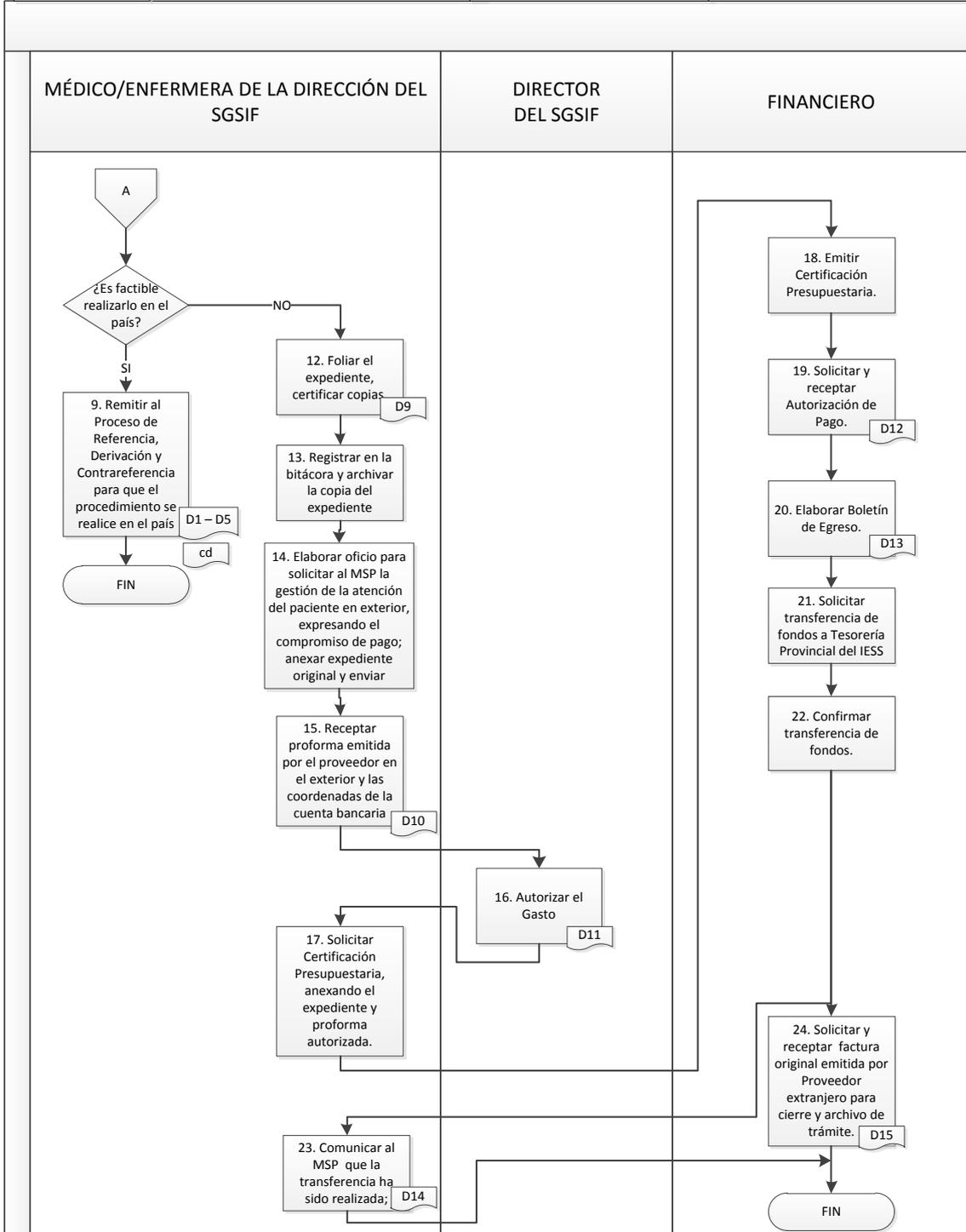
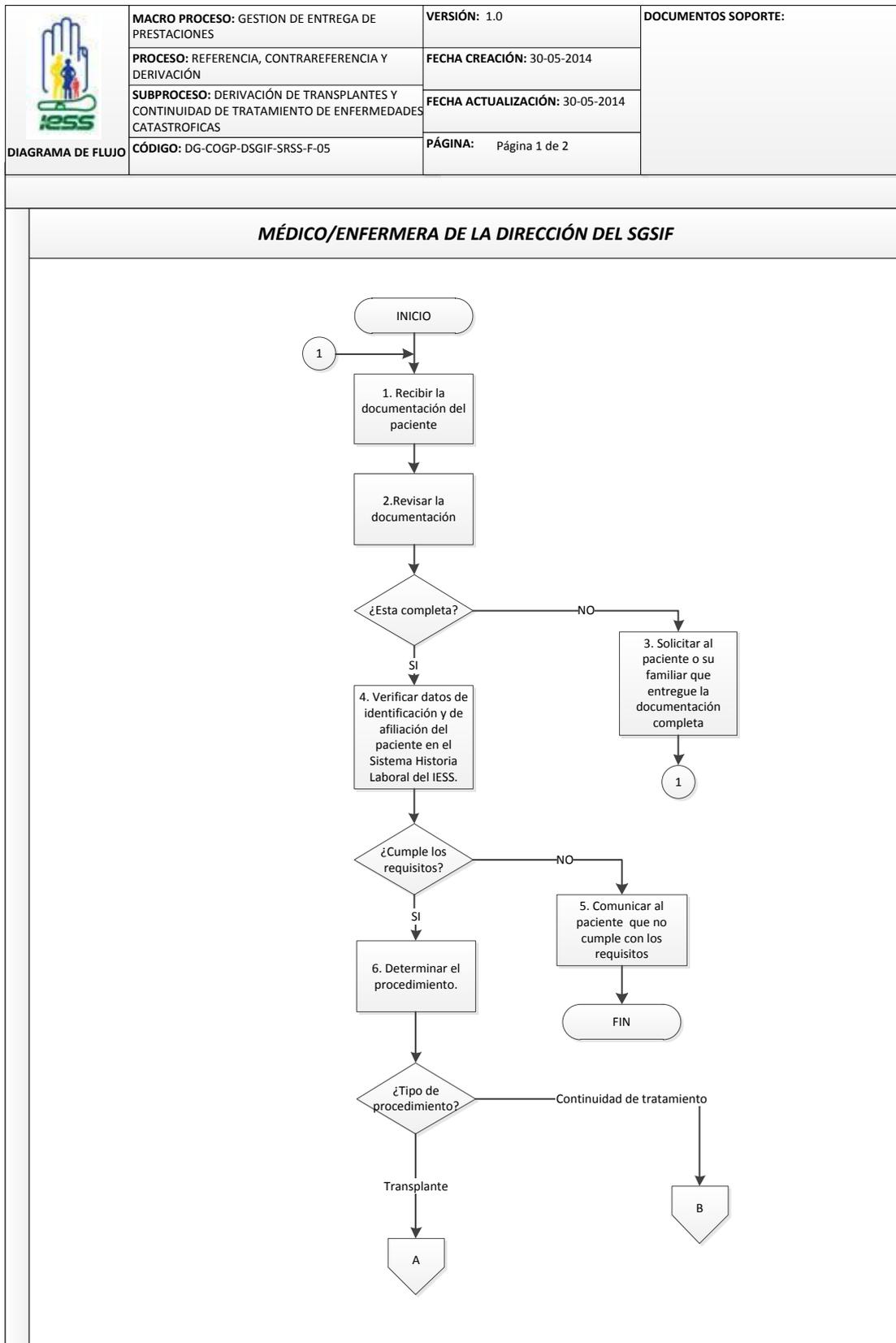


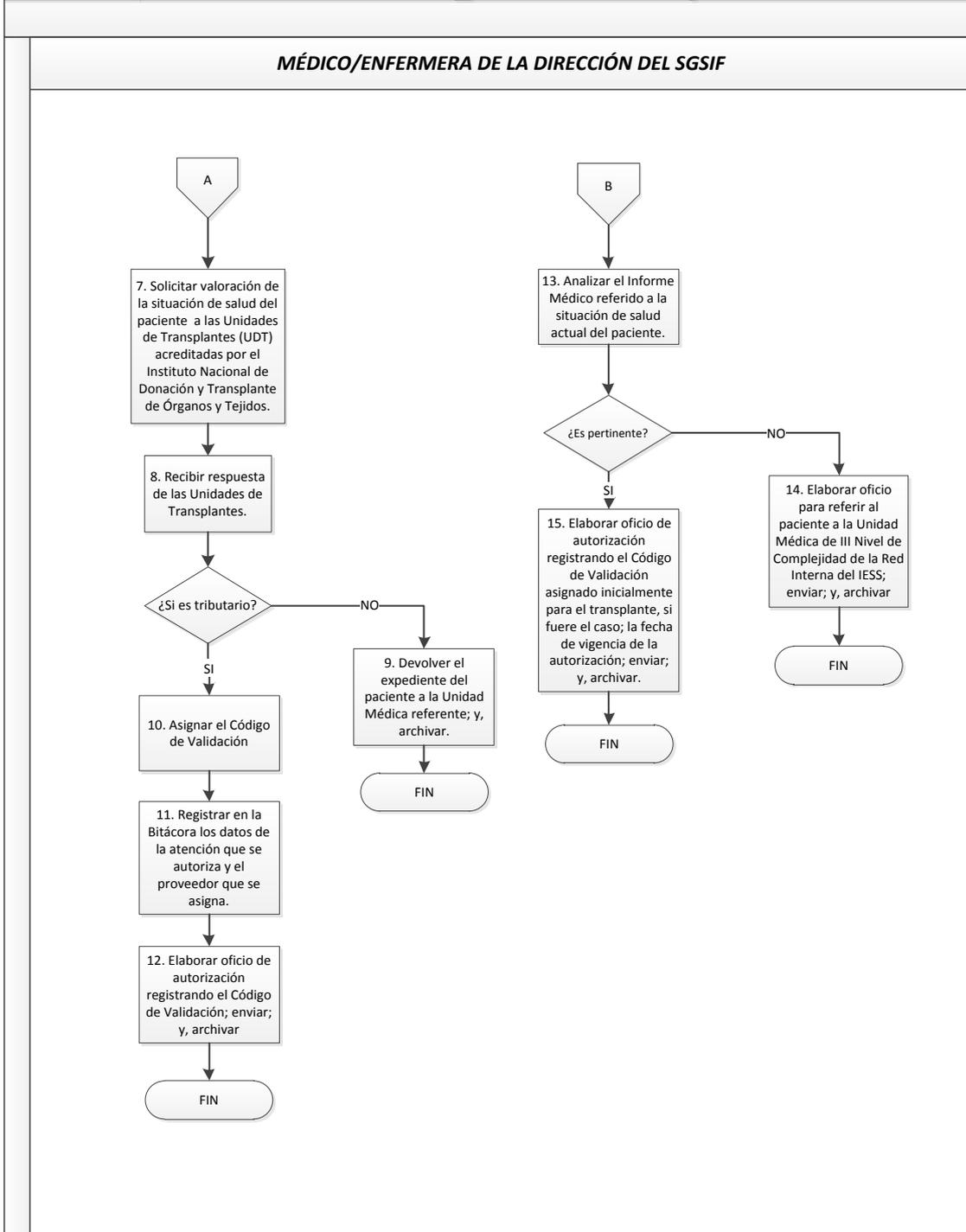
 DIAGRAMA DE FLUJO	MACRO PROCESO: GESTION DE ENTREGA DE PRESTACIONES	VERSIÓN: 1.0	DOCUMENTOS SOPORTE: D9: Informe de Evaluación Médica. D10: Proforma del proveedor en el extranjero D11: Autorización de gasto D12: Autorización de pago D13: Boletín de Egreso D14: Comprobante de SPI D15: Factura original o copia certificada
	PROCESO: REFERENCIA, CONTRAREFERENCIA Y DERIVACIÓN	FECHA CREACIÓN: 30-05-2014	
	SUBPROCESO: DERIVACIÓN AL EXTERIOR	FECHA ACTUALIZACIÓN: 30-05-2014	
	CÓDIGO: DG-COGP-DSGIF-SRSS-F-04	PÁGINA: Página 2 de 2	



5.4.5. DERIVACIÓN DE TRASPLANTES Y CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES CATASTROFICAS



	MACRO PROCESO: GESTION DE ENTREGA DE PRESTACIONES	VERSIÓN: 1.0	DOCUMENTOS SOPORTE:
	PROCESO: REFERENCIA, CONTRAREFERENCIA Y DERIVACIÓN	FECHA CREACIÓN: 30-05-2014	
	SUBPROCESO: DERIVACIÓN DE TRANSPLANTES Y CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES CATASTROFICAS	FECHA ACTUALIZACIÓN: 30-05-2014	
	CÓDIGO: DG-COGP-DSGIF-SRSS-F-05	PÁGINA: Página 2 de 2	



Elaborado por: Dirección Nacional de Procesos

5.5. MATRIZ ACLARATORIA ENTRADAS, SALIDAS DE DIAGRAMA DE FLUJO

Tabla 6: Matriz aclaratoria de entradas y salidas del diagrama de flujo

5.5.1. REFERENCIA REGULAR

No.	PROVEEDOR	ENTRADA	DESCRIPCIÓN	SALIDA	CLIENTE
1	Asegurado	Solicitud.	Receptar la solicitud de atención.	Solicitud receptada.	Operador de Unidad de Admisión de la Unidad Médica receptora
			SI es una emergencia,		
2	Asegurado	Paciente.	Otorgar atención médica según necesidad y de conformidad con lo establecido en la Resolución C.D. 317.	Atención médica de emergencia otorgada.	Médico de la Unidad Médica receptora
3	Médico de la Unidad Médica receptora	Atención médica de emergencia otorgada.	Establecer Plan de Tratamiento: prescripción médica (farmacológica); y/o solicitud de examen de laboratorio y/o de gabinete; y/u hospitalización (clínica/quirúrgica).	Plan de Tratamiento establecido.	Asegurado
4	Médico de la Unidad Médica receptora	Atención médica de emergencia otorgada.	Determinar si corresponde a su Nivel de Complejidad.	Nivel de Complejidad determinado.	Médico de la Unidad Médica receptora
			SI corresponde a su Nivel de Complejidad		
5	Médico de la Unidad Médica receptora	Atención médica de emergencia otorgada.	Actualizar la Historia Clínica Única del paciente: registrar los hallazgos del examen físico, el Diagnóstico y el Plan de Tratamiento.	Historia Clínica Única actualizada.	Médico de la Unidad Médica receptora

No.	PROVEEDOR	ENTRADA	DESCRIPCIÓN	SALIDA	CLIENTE
6	Médico de la Unidad Médica receptora	Atención médica de emergencia otorgada.	Informar al paciente y/o su familiar sobre el Diagnóstico y el Plan de Tratamiento.	Paciente y/o su familiar informado.	Asegurado
7	Médico de la Unidad Médica receptora	Plan de Tratamiento establecido.	Ejecutar o aplicar el Plan de Tratamiento.	Tratamiento aplicado.	Asegurado
8	Médico de la Unidad Médica receptora	Atención médica de emergencia otorgada.	Elaborar la Contrareferencia a la Unidad Médica de adscripción y registrar en el Sistema Médico Informático del IESS.	Contrareferencia registrada en el Sistema Médico Informático del IESS.	Médico de la Unidad Médica referente
				Paciente contrareferido a unidad de procedencia o de adscripción. <i>Fin del Proceso</i>	
			NO corresponde a su Nivel de Complejidad		
9	Médico de la Unidad Médica receptora	Atención médica de emergencia otorgada.	Informar al paciente y/o su familiar sobre la situación actual de salud y la necesidad de Referencia/Derivación.	Paciente informado.	Asegurado
10	IESS	Sistema Médico Informático del IESS.	Explorar la Red Interna del IESS; revisar la Cartera de Servicios de las Unidades Médicas según necesidad de Referencia; y, seleccionar un proveedor.	Red Interna del IESS explorada; y proveedor interno seleccionado.	Médico de la Unidad Médica referente.
			SI tiene Capacidad Resolutiva en la Red Interna,		

No.	PROVEEDOR	ENTRADA	DESCRIPCIÓN	SALIDA	CLIENTE
11	Médico de la Unidad Médica receptora	Sistema Médico Informático del IESS.	Verificar la Oportunidad de la Atención.	Verificación realizada.	Médico de la Unidad Médica receptora
			SI es oportuna,		
12	Médico de la Unidad Médica receptora	Sistema Médico Informático del IESS.	Elaborar la Referencia a la Unidad Médica de la Red Interna; y, registrar en el Sistema Médico Informático del IESS.	Referencia registrada en el Sistema Médico Informático del IESS	Médico de la Unidad Médica receptora
				Paciente referido a proveedor interno seleccionado. Fin del Proceso	
			NO es oportuna,		
			NO tiene Capacidad Resolutiva en la Red Interna.		
13	RPIS	Base de datos de la RPIS.	Explorar la base de datos de los demás componentes de la Red Pública Integral de Salud; revisar la Cartera de Servicios de Unidades Médicas según necesidad de Referencia/Derivación; y, seleccionar un proveedor.	Red Pública Integral de Salud explorada; y, proveedor de la RPIS seleccionado.	Médico de la Unidad Médica receptora
			SI tiene Capacidad Resolutiva en la Red Pública Integral de Salud,		
14	Médico de la Unidad Médica receptora	Base de datos de la Red Pública Integral de Salud explorada.	Verificar la Oportunidad de la Atención.	Verificación realizada.	Médico de la Unidad Médica receptora
			SI es oportuna,		

No.	PROVEEDOR	ENTRADA	DESCRIPCIÓN	SALIDA	CLIENTE
15	Médico de la Unidad Médica receptora	Verificación realizada	Elaborar la Referencia a la Unidad Médica de la RPIS; y, registrar en el Sistema Médico Informático del IESS.	Referencia/Derivación registrada en el Sistema Médico Informático del IESS. Paciente referido/derivado a proveedor seleccionado. Fin del Proceso	Asegurado
			NO es oportuna,		
			NO tiene Capacidad Resolutiva en la Red Pública,		
16	IESS	Red Complementaria y su Cartera de Servicios	Explorar la Red Complementaria del IESS; revisar la Cartera de Servicios de las Unidades Médicas según necesidad de Derivación; y, seleccionar un proveedor.	Red Complementaria del IESS explorada; y, proveedor externo seleccionado.	Médico de la Unidad Médica receptora
			SI tiene Capacidad Resolutiva en la Red Complementaria del IESS,		
17	IESS	Red Complementaria y su Cartera de Servicios	Verificar la Oportunidad de la Atención.	Verificación realizada.	Médico de la Unidad Médica receptora
			SI es oportuna,		
18	Médico de la Unidad Médica receptora	Verificación realizada	Elaborar la Derivación a la Unidad Médica de la Red Complementaria; y, registrar en el Sistema Médico Informático del IESS.	Derivación registrada en el Sistema Médico Informático del IESS.	Asegurado

No.	PROVEEDOR	ENTRADA	DESCRIPCIÓN	SALIDA	CLIENTE
				Paciente derivado a proveedor seleccionado. Fin del Proceso	
			NO es oportuna,		
			NO tiene Capacidad Resolutiva en la Red Complementaria del IESS,		
19	Médico de la Unidad Médica receptora	Verificación realizada	Seleccionar un proveedor de salud que disponga de Capacidad Resolutiva y brinde Oportunidad de la Atención favorable a la condición clínica del paciente que permita prevenir deterioro de la condición, complicaciones importantes o la muerte, independientemente de los criterios de selección de proveedor establecidos en el presente manual; elaborar Referencia/Derivación, según el caso; y, registrar en el Sistema Médico Informático del IESS.	Referencia/Derivación registrada en el Sistema Médico Informático del IESS. Paciente referido/derivado a proveedor disponible seleccionado. Fin del Proceso	Asegurado
			¿NO es una emergencia?		
20	IESS	Sistema Médico Informático del IESS	Verificar el registro de la cita médica en el Sistema Médico Informático del IESS.	Registro verificado.	Operador de Unidad de Admisión de la Unidad Médica receptora
			¿NO está registrada?		

No.	PROVEEDOR	ENTRADA	DESCRIPCIÓN	SALIDA	CLIENTE
21	Operador de Unidad de Admisión de la Unidad Médica receptora	Registro verificado	Informar al paciente que no tiene programada una cita médica en el establecimiento y recomendar que se proceda con la solicitud de cita en el Sistema de Agendamiento de Citas del IESS.	Paciente informado. Fin del proceso.	Asegurado
			¿SI está registrada?		
22	Operador de Unidad de Admisión de la Unidad Médica	Paciente	Realizar pre consulta.	Pre consulta realizada.	Médico de la Unidad Médica Receptora
23	Médico de la Unidad Médica receptora	Referencia/Derivación registrada en el Sistema Médico Informático del IESS.	Realizar consulta médica y establece Diagnóstico.	Consulta médica realizada; y, Diagnóstico establecido.	Médico de la Unidad Médica receptora
		Paciente Referido/Derivado a unidad de igual o mayor complejidad de la Red Interna.			
			NO corresponde a su especialidad,		
24	Médico de la Unidad Médica receptora	Consulta médica realizada y Diagnóstico establecido.	Informar al paciente y/o su familiar los motivos de Interconsulta.	Paciente informado.	Asegurado

No.	PROVEEDOR	ENTRADA	DESCRIPCIÓN	SALIDA	CLIENTE
25	Médico de la Unidad Médica receptora	Consulta médica realizada y Diagnóstico establecido.	Solicitar Interconsulta a otro especialista de la misma Unidad Médica, adjuntando Informe Médico y registrar en el Sistema Médico Informático del IESS.	Interconsulta registrada en el Sistema Médico Informático del IESS. Fin del proceso.	Médico de la Unidad Médica receptora
			SI corresponde a su especialidad,		
26	Médico de la Unidad Médica receptora	Consulta médica realizada y Diagnóstico establecido.	Determinar si corresponde a su Nivel de Complejidad.	Nivel de Complejidad determinado.	Médico de la Unidad Médica receptora
			SI corresponde a su Nivel de Complejidad		
27	Médico de la Unidad Médica receptora	Consulta médica realizada y Diagnóstico establecido.	Actualizar la Historia Clínica Única del paciente: registrar los hallazgos del examen físico, el Diagnóstico y el Plan de Tratamiento.	Historia Clínica Única actualizada.	Médico de la Unidad Médica receptora
28	Médico de la Unidad Médica receptora	Consulta médica realizada y Diagnóstico establecido.	Informar al paciente y/o su familiar sobre el Diagnóstico y el Plan de Tratamiento.	Paciente informado.	Asegurado
29	Médico de la Unidad Médica receptora	Consulta médica realizada y Diagnóstico establecido.	Ejecutar o aplicar el Plan de Tratamiento.	Plan de Tratamiento aplicado.	Asegurado
30	Médico de la Unidad Médica receptora	Consulta médica realizada y Diagnóstico establecido.	Elaborar Contrareferencia a la Unidad Médica de procedencia o de adscripción y registrar en el Sistema Médico Informático del IESS.	Contrareferencia registrada en el Sistema Médico Informático del IESS.	Médico de la Unidad Médica referente
				Paciente contrareferido a unidad de procedencia o de adscripción. Fin del Proceso	

No.	PROVEEDOR	ENTRADA	DESCRIPCIÓN	SALIDA	CLIENTE
			NO corresponde a su Nivel de Complejidad		
31	Médico de la Unidad Médica receptora	Consulta médica realizada y Diagnóstico establecido.	Informar al paciente y/o su familiar sobre la situación actual de salud y la necesidad de Referencia/Derivación o Referencia Inversa.	Paciente informado.	Asegurado
32	IESS	Sistema Médico Informático del IESS.	Explorar la Red Interna del IESS; revisar la Cartera de Servicios de las Unidades Médicas, según necesidad de Referencia o Referencia Inversa; y, seleccionar un proveedor.	Red Interna del IESS explorada; y, proveedor interno seleccionado.	Médico de la Unidad Médica receptora
			SI tiene Capacidad Resolutiva		
33	Médico de la Unidad Médica receptora	Red Interna del IESS explorada; y, proveedor interno seleccionado.	Verificar la Oportunidad de la Atención.	Verificación realizada.	Médico de la Unidad Médica receptora
			SI es oportuna,		
34	Médico de la Unidad Médica receptora	Red Interna del IESS explorada; y, proveedor interno seleccionado.	Elaborar Referencia o Referencia Inversa, según necesidad y registrar en el Sistema Médico Informático del IESS.	Referencia o Referencia Inversa registrada en el Sistema Médico Informático del IESS. Paciente referido a proveedor seleccionado. Fin del Proceso	Médico de la Unidad Médica receptora
			NO es oportuna,		

No.	PROVEEDOR	ENTRADA	DESCRIPCIÓN	SALIDA	CLIENTE
			NO tiene Capacidad Resolutiva en la Red Interna.		
35	RPIS	Base de datos de la RPIS	Explorar la base de datos de los demás componentes de la Red Pública Integral de Salud; revisar la Cartera de Servicios de Unidades Médicas, según necesidad de Referencia o Referencia Inversa; y, seleccionar un proveedor.	Red Pública Integral de Salud explorada; y, proveedor de la RPIS seleccionado.	Médico de la Unidad Médica receptora
			SI tiene Capacidad Resolutiva en la Red Pública Integral de Salud,		
36	Médico de la Unidad Médica receptora	Red Pública Integral de Salud explorada	Verificar la Oportunidad de la Atención.	Verificación realizada.	Médico de la Unidad Médica receptora
			SI es oportuna,		
37	Médico de la Unidad Médica receptora	Verificación realizada	Elaborar la Referencia o Referencia Inversa, según necesidad y registrar en el Sistema Médico Informático del IESS.	Referencia o Referencia Inversa registrada en el Sistema Médico Informático del IESS. Paciente referido a proveedor seleccionado. Fin del Proceso	Asegurado
			NO es oportuna,		
			NO tiene Capacidad Resolutiva en la Red Pública,		

No.	PROVEEDOR	ENTRADA	DESCRIPCIÓN	SALIDA	CLIENTE
38	IESS	Red Complementaria y su Cartera de Servicios	Explorar la Red Complementaria del IESS y revisar la Cartera de Servicios de las Unidades Médicas, según necesidad de Derivación o Referencia Inversa; y, seleccionar un proveedor.	Red Complementaria del IESS explorada; y, proveedor externo seleccionado.	Médico de la Unidad Médica receptora
			SI tiene Capacidad Resolutiva en la Red Complementaria del IESS,		
39	IESS	Red Complementaria y su Cartera de Servicios	Verificar la Oportunidad de la Atención.	Verificación realizada.	Médico de la Unidad Médica receptora
			SI es oportuna,		
40	Médico de la Unidad Médica receptora	Verificación realizada	Elaborar la Derivación o Referencia Inversa, según necesidad; y registrar en el Sistema Médico Informático del IESS.	Derivación o Referencia Inversa registrada en el Sistema Médico Informático del IESS.	Asegurado
				Paciente derivado o referido a proveedor externo seleccionado. Fin del Proceso	
			NO es oportuna,		
			NO tiene Capacidad Resolutiva en la Red Complementaria del IESS,		
41	Médico de la Unidad Médica receptora	Verificación realizada	Seleccionar un proveedor de salud que disponga de Capacidad Resolutiva y brinde Oportunidad de la Atención favorable a la condición clínica del paciente que permita	Referencia/Derivación o Referencia Inversa registrada en el Sistema Médico Informático del IESS.	Asegurado

No.	PROVEEDOR	ENTRADA	DESCRIPCIÓN	SALIDA	CLIENTE
			<p>prevenir deterioro de la condición, complicaciones importantes o la muerte, independientemente de los criterios de selección de proveedor establecidos en el presente manual; elaborar Referencia/Derivación o Referencia Inversa, según el caso; y, registrar en el Sistema Médico Informático del IESS.</p>	<p>Paciente referido/derivado a unidad de igual o mayor complejidad disponible. <i>Fin del Proceso</i></p>	

5.5.2. DERIVACIÓN POR EMERGENCIA

No.	PROVEEDOR	ENTRADA	DESCRIPCIÓN	SALIDA	CLIENTE
1	Unidad Médica que atendió la emergencia	Hoja de Emergencia Form 008 del Ministerio de Salud Pública - MSP -	Recibir la Notificación de la Emergencia.	Notificación de emergencia recibida	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud
2	Unidad Médica que atendió la emergencia	Hoja de Emergencia Form 008 del Ministerio de Salud Pública - MSP -	Analizar la información registrada en la Hoja de Emergencia.	Información analizada	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud
3	Unidad Médica que atendió la emergencia	Hoja de Emergencia Form 008 del Ministerio de Salud Pública - MSP -	Determinar el tipo de emergencia de conformidad con lo establecido en la Resolución C.D. 317.	Tipo de emergencia determinada	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud
			NO cubre la emergencia		
4	Unidad Médica que atendió la emergencia	Hoja de Emergencia Form 008 del Ministerio de Salud Pública - MSP -	Informar al paciente o su familiar sobre el tipo de emergencia.	Paciente o familiar informado <i>Fin del proceso</i>	Asegurado
			SI cubre la emergencia		
5	IESS	Sistema Historia Laboral	Verificar datos de identificación y de afiliación del paciente en el Sistema Historia Laboral.	Datos verificados	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud
			NO cumple con los requisitos,		
6	Sistema Historia Laboral	Datos verificados	Informar al paciente o su familiar que no cumple con los requisitos y devolver documentación.	Paciente o familiar comunicado <i>Fin del proceso</i>	Asegurado
			SI cumple con los requisitos,		

No.	PROVEEDOR	ENTRADA	DESCRIPCIÓN	SALIDA	CLIENTE
7	Unidad Médica que atendió la emergencia	Hoja de Emergencia Form 008 del Ministerio de Salud Pública - MSP - Copia de cédula	Recibir y revisar la documentación: La Hoja de Emergencia, Form 008 del MSP (original y copia); y, dos copias a color de la cédula del paciente. Si el paciente es menor de edad, presentar: dos copias a color de la cédula del menor o de la partida de nacimiento; y, dos copias de la cédula de la persona que extiende el derecho.	Documentación revisada	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud
			NO está completa		
8	Unidad Médica que atendió la emergencia	Hoja de Emergencia Form 008 del Ministerio de Salud Pública - MSP -	Solicitar al usuario que presente la documentación completa.	Unidad Médica identificada	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud
			SI está completa		
9	Unidad Médica que atendió la emergencia	Hoja de Emergencia Form 008 del Ministerio de Salud Pública - MSP -	Identificar la Unidad Médica que atendió la emergencia.	Unidad Médica identificada	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud
			SI tiene convenio con el IESS,		
10	Unidad Médica que atendió la emergencia	Hoja de Emergencia Form 008 del Ministerio de Salud Pública - MSP -	Registrar en la Bitácora los datos de la atención de emergencia que se autoriza.	Atención de emergencia autorizada Bitácora actualizada	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud
11	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud	Atención de emergencia autorizada Bitácora actualizada	Asignar el Código de Validación y asentar en la Hoja de Emergencia: el Código de Validación; el sello del Derivador; la fecha de emisión; y, la firma del Derivador.	Código de Validación asignado y asentado	Unidad Médica que atendió la emergencia

No.	PROVEEDOR	ENTRADA	DESCRIPCIÓN	SALIDA	CLIENTE
12	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud	Código de Validación asignado y asentado	Comunicar, vía correo electrónico, el Código de Validación al proveedor externo que atendió la emergencia.	Código de Validación comunicado <i>Fin del proceso</i>	Unidad Médica que atendió la emergencia
			NO tiene convenio,		
13	Unidad Médica que atendió la emergencia	Hoja de Emergencia Form 008 del Ministerio de Salud Pública - MSP -	Solicitar cobertura IESS a la Unidad Médica que atendió la emergencia.	Cobertura solicitada	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud
14	Unidad Médica que atendió la emergencia	Correo electrónico del prestador externo	Receptar la respuesta del prestador externo.	Respuesta receptada	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud
			SI acepta cobertura IESS,		
15	Unidad Médica que atendió la emergencia	Hoja de Emergencia Form 008 del Ministerio de Salud Pública - MSP -	Registrar en la Bitácora los datos de la atención de emergencia que se autoriza.	Atención de emergencia autorizada Bitácora actualizada	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud
16	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud	Atención de emergencia autorizada Bitácora actualizada	Asignar el Código de Validación.	Código de Validación asignado	Unidad Médica que atendió la emergencia
17	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud	Código de Validación asignado y asentado	Elaborar el oficio de autorización registrando el Código de Validación.	Oficio elaborado	Unidad Médica que atendió la emergencia

No.	PROVEEDOR	ENTRADA	DESCRIPCIÓN	SALIDA	CLIENTE
18	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud	Oficio elaborado	Entregar al paciente o su familiar, el oficio de autorización firmado por el Subdirector, Jefe de Unidad, o Coordinador Provincial de Prestaciones de Salud.	Oficio entregado	Unidad Médica que atendió la emergencia
19	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud	Código de Validación asignado	Comunicar, vía correo electrónico, el Código de Validación al prestador externo que atendió la emergencia y archivar la documentación clínica y administrativa.	Código de Validación comunicado Fin del proceso	Unidad Médica que atendió la emergencia
			NO acepta cobertura IESS,		
20	Unidad Médica que atendió la emergencia	Respuesta receptada	Comunicar al paciente o su familiar la respuesta del prestador externo.	Paciente o familiar comunicado	Asegurado
21	Unidad Médica que atendió la emergencia	Hoja de Emergencia Form 008 del Ministerio de Salud Pública - MSP -	Valorar las condiciones del paciente en base a la información de la Hoja de Emergencia.	Condiciones del paciente valoradas	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud
			SI puede ser transferido,		
22	IESS	Red Interna	Explorar en la Red Interna la disponibilidad de cama para el traslado según las condiciones del paciente.	Red Interna explorada	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud
			SI tiene disponibilidad en la Red Interna,		
23	IESS	Red Interna explorada	Coordinar la transferencia del paciente y archivar la documentación clínica y administrativa.	Transferencia coordinada Fin del proceso	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud
			NO tiene disponibilidad en la Red Interna,		

No.	PROVEEDOR	ENTRADA	DESCRIPCIÓN	SALIDA	CLIENTE
25	RPIS	Red Pública Integral de Salud - RPIS -	Explorar en los demás componentes de la RPIS, la disponibilidad de cama para el traslado según las condiciones del paciente.	RPIS explorada	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud
			SI tiene disponibilidad en la RPIS,		
26	Unidad Médica que atendió la emergencia	Hoja de Emergencia Form 008 del Ministerio de Salud Pública - MSP -	Registrar en la Bitácora los datos de la atención de emergencia que se autoriza.	Atención de emergencia autorizada Bitácora actualizada	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud
27	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud	Atención de emergencia autorizada Bitácora actualizada	Asignar el Código de Validación y asentar en la Hoja de Emergencia: el Código de Validación; el sello del Derivador; la fecha de emisión; y, la firma del Derivador.	Código de Validación asignado	Unidad Médica que atendió la emergencia
28	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud	Código de Validación asignado	Comunicar, vía correo electrónico, el Código de Validación al prestador externo que atendió la emergencia.	Código de Validación comunicado	Unidad Médica que atendió la emergencia
29	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud	Código de Validación comunicado	Coordinar la transferencia del paciente y archivar la documentación clínica y administrativa.	Transferencia coordinada Fin del proceso	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud
			NO tiene disponibilidad en la RPIS,		
30	IESS	Red Complementaria	Explorar en la Red Complementaria la Capacidad Resolutiva requerida para el traslado según las condiciones del paciente.	Red Complementaria explorada	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud

No.	PROVEEDOR	ENTRADA	DESCRIPCIÓN	SALIDA	CLIENTE
			SI tiene disponibilidad en la Red Complementaria,		
31	Unidad Médica que atendió la emergencia	Hoja de Emergencia Form 008 del Ministerio de Salud Pública - MSP -	Registrar en la Bitácora los datos de la atención de emergencia que se autoriza.	Atención de emergencia autorizada Bitácora actualizada	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud
32	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud	Atención de emergencia autorizada Bitácora actualizada	Asignar el Código de Validación y asentar en la Hoja de Emergencia: el Código de Validación; el sello del Derivador; la fecha de emisión; y, la firma del Derivador.	Código de Validación asignado	Unidad Médica que atendió la emergencia
33	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud	Código de Validación asignado	Comunicar, vía correo electrónico, el Código de Validación al proveedor externo que atendió la emergencia.	Código de Validación comunicado	Unidad Médica que atendió la emergencia
34	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud	Código de Validación comunicado	Coordinar la transferencia del paciente y archivar la documentación clínica y administrativa.	Transferencia coordinada Fin del proceso	Unidad Médica que atendió la emergencia
			NO tiene disponibilidad en la Red Complementaria,		
35	IESS	Red Interna	Explorar en la Red Interna la disponibilidad de cama para el traslado según las condiciones del paciente.	Red Interna explorada	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud
			NO puede ser transferido,		

No.	PROVEEDOR	ENTRADA	DESCRIPCIÓN	SALIDA	CLIENTE
24	Unidad Médica que atendió la emergencia	Hoja de Emergencia Form 008 del Ministerio de Salud Pública - MSP -	Comunicar al paciente o su familiar el riesgo o imposibilidad del traslado; y, archivar la documentación clínica y administrativa.	<i>Paciente o su familiar informado</i> <i>Fin del proceso</i>	Asegurado
21	Unidad Médica que atendió la emergencia	Hoja de Emergencia Form 008 del Ministerio de Salud Pública - MSP -	Valorar las condiciones del paciente en base a la información de la Hoja de Emergencia.	Condiciones del paciente valoradas	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud

5.5.3. DERIVACIÓN DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES

No.	PROVEEDOR	ENTRADA	DESCRIPCIÓN	SALIDA	CLIENTE
1	Unidad Médica referente	Oficio	Recibir el oficio enviado por la Unidad Médica de la Red Interna.	Oficio recibido	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud
2	IESS	Sistema Historia Laboral	Verificar datos de identificación y de afiliación del paciente en el Sistema Historia Laboral.	Datos verificados	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud
			SI cumple con los requisitos,		
4	Unidad Médica referente	Oficio	Determinar el procedimiento requerido.	Procedimiento determinado	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud
			ES Tratamiento de Hemodiálisis/Oncológico,		
8	IESS	Registro Nacional de Proveedores de Salud del IESS	Asignar un proveedor de la Red Complementaria: * Asignar un Centro de Hemodiálisis considerando el lugar de domicilio del paciente, si fuera pensionista; o, el lugar de trabajo, si fuera activo, para lo cual, el asegurado presentará una copia de la planilla de servicios (agua, energía eléctrica, teléfono) o certificado del lugar de trabajo. * Asignar un proveedor de salud para tratamiento oncológico.	Proveedor asignado	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud

No.	PROVEEDOR	ENTRADA	DESCRIPCIÓN	SALIDA	CLIENTE
9	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud	Proveedor asignado	Registrar en la Bitácora los datos de la atención que se autoriza.	Atención autorizada Bitácora actualizada	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud
10	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud	Atención autorizada Bitácora actualizada	Asignar el Código de Validación y asentar en la Hoja de Emergencia: el Código de Validación; el sello del Derivador; la fecha de emisión; y, la firma del Derivador.	Código de Validación asignado y asentado	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud
11	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud	Código de Validación asignado y asentado	Elaborar: * El oficio de autorización registrando el Código de Validación asignado. * El oficio de autorización actualizada registrando el Código de Validación asignado inicialmente; y, registrar la fecha de vigencia de la presente autorización (6 meses).	Oficio elaborado	Unidad Médica receptora
			ES Hospitalización de larga estancia,		
5	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud	Procedimiento determinado	Analizar la documentación administrativa y clínica que acompaña el oficio del proveedor externo que solicita autorización para Continuidad de Tratamiento (hospitalización de larga estancia).	Documentación analizada	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud

No.	PROVEEDOR	ENTRADA	DESCRIPCIÓN	SALIDA	CLIENTE
			Si es pertinente la solicitud,		
7	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud	Documentación analizada	Elaborar el oficio de autorización actualizada registrando el Código de Validación asignado inicialmente; registrar la fecha de vigencia de la presente autorización (5 meses); y, enviar.	Oficio elaborado	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud
			NO es pertinente la solicitud,		
6	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud	Documentación analizada	Comunicar al prestador externo que no procede la autorización.	Comunicación enviada <i>Fin del proceso</i>	Unidad Médica receptora
			NO cumple con los requisitos,		
3	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud	Datos verificados	Comunicar al paciente o su familiar que no cumple con los requisitos.	Paciente o su familiar comunicado <i>Fin del proceso</i>	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud

5.5.4. DERIVACIÓN AL EXTERIOR

No.	PROVEEDOR	ENTRADA	DESCRIPCIÓN	SALIDA	CLIENTE
1	Unidad Médica referente	Expediente	Receptar el expediente del paciente con la documentación completa.	Expediente recibido	Médico/Enfermera de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar
2	Médico/Enfermera de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar	Expediente recibido	Revisar la documentación	Documentación revisada	Médico/Enfermera de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar
			NO está completa,		
3	Médico/Enfermera de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar	Documentación revisada	Solicitar al paciente o su familiar que entregue la documentación completa.	Documentación solicitada	Asegurado
			SI está completa,		
4	Médico/Enfermera de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar	Documentación revisada	Verificar datos de identificación y de afiliación del paciente en el Sistema Historia Laboral del IESS.	Datos verificados	Médico/Enfermera de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar
			NO cumple los requisitos,		

No.	PROVEEDOR	ENTRADA	DESCRIPCIÓN	SALIDA	CLIENTE
5	Médico/Enfermera de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar	Expediente completo Datos verificados	Elaborar oficio solicitando atención del requerimiento al MSP; anexar el expediente; y, enviar.	Solicitud enviada <i>Fin del proceso</i>	Ministerio de Salud Pública
			SI cumple los requisitos,		
6	Médico/Enfermera de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar	Expediente completo Datos verificados	Identificar la Unidad Médica de procedencia del expediente	Unidad Médica identificada	Médico/Enfermera de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar
			SI proviene de proveedor externo,		
7	Médico/Enfermera de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar	Unidad Médica identificada	Elaborar oficio solicitando valoración al Hospital Carlos Andrade Marín - HCAM; anexar el expediente y enviar.	Valoración solicitada	Hospital Carlos Andrade Marín
8	Hospital Carlos Andrade Marín	Informe del HCAM	Recibir informe del HCAM con la valoración solicitada.	Informe receptado	Médico/Enfermera de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar
			NO proviene de proveedor externo,		

No.	PROVEEDOR	ENTRADA	DESCRIPCIÓN	SALIDA	CLIENTE
10	Médico/Enfermera de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar	Unidad Médica identificada	Consultar, vía correo electrónico, a tres proveedores externos del país, la factibilidad de realizar el procedimiento requerido.	Consulta realizada	Médico/Enfermera de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar
11	Proveedores externos	Informe	Recibir respuesta de proveedores externos.	Informe recibida	Médico/Enfermera de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar
			SI es factible realizarlo en el país,		
9	Médico/Enfermera de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar	Informes	Remitir el expediente al Proceso de Referencia, Derivación y Contrareferencia para que el procedimiento se realice en el país.	<i>Expediente remitido Fin del proceso</i>	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud
			NO es factible realizarlo en el país,		
12	Médico/Enfermera de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar	Expediente	Foliar el expediente y certificar copias.	Expediente foliado y certificado	Médico/Enfermera de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar
13	Médico/Enfermera de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar	Expediente foliado y certificado	Registrar el trámite en la Bitácora y archivar el expediente original.	Bitácora actualizada Expediente archivado	Médico/Enfermera de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar

No.	PROVEEDOR	ENTRADA	DESCRIPCIÓN	SALIDA	CLIENTE
	Familiar				
14	Médico/Enfermera de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar	Expediente foliado y certificado	Elaborar oficio para solicitar al MSP la gestión de la atención del paciente en el exterior, expresando el compromiso de pago; anexar expediente original; y, enviar.	Solicitud y expediente enviados	MSP
15	MSP	Proforma	Recibir la proforma de la atención emitida por el proveedor en el exterior y las coordenadas para la transferencia de fondos a la cuenta bancaria del proveedor en el exterior.	Proforma recibida	Médico/Enfermera de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar
16	Médico/Enfermera de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar	Proforma recibida	Autorizar el Gasto.	Autorización de Gasto	Proceso Financiero
17	Director SGSIF	Autorización de Gasto	Solicitar Certificación Presupuestaria, anexando el expediente con documentación original y proforma autorizada.	Solicitud elaborada	Proceso Financiero
18	Proceso Financiero	Autorización de Gasto	Emitir Certificación Presupuestaria.	Certificación Presupuestaria	Proceso Financiero

No.	PROVEEDOR	ENTRADA	DESCRIPCIÓN	SALIDA	CLIENTE
19	Proceso Financiero	Certificación Presupuestaria	Solicitar y receptor Autorización de Pago.	Autorización de Pago	Proceso Financiero
20	Proceso Financiero	Autorización de Pago	Elaborar Boletín de Egreso.	Boletín de Egreso	Proceso Financiero
21	Proceso Financiero	Boletín de Egreso	Solicitar transferencia de fondos a Tesorería Provincial del IESS hacia la cuenta bancaria del proveedor en el exterior.	Transferencia solicitada	Proceso Financiero
22	Proceso Financiero	Transferencia solicitada	Confirmar transferencia de fondos.	Transferencia confirmada	Médico/Enfermera de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar
23	Médico/Enfermera de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar	Transferencia confirmada	Comunicar al MSP que la transferencia ha sido realizada; remitir al el archivo digital del comprobante del Sistema de Pago Interbancario.	Comunicaciones realizadas	MSP Proveedor en el exterior
24	MSP	Factura original	Solicitar y receptor factura original emitida por Proveedor extranjero para cierre; y, archivo de trámite.	Factura original receptada Fin del proceso	Unidad de Presupuesto

5.5.5. DERIVACIÓN DE TRASPLANTES Y CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS

No.	PROVEEDOR	ENTRADA	DESCRIPCIÓN	SALIDA	CLIENTE
1	Unidad Médica referente	Expediente del paciente	Recibir la documentación del paciente:	Documentación recibida	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud
2	Unidad Médica referente	Expediente del paciente	Revisar la documentación.	Documentación revisada	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud
			NO está completa,		
3	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud	Documentación revisada	Solicitar al paciente o su familiar que entregue la documentación completa.	Documentación solicitada	Asegurado
			SI está completa,		
4	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud	Documentación revisada	Verificar datos de identificación y de afiliación del paciente en el Sistema Historia Laboral del IESS.	Datos verificados	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud
			SI cumple los requisitos,		
6	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud	Datos verificados	Determinar el procedimiento.	Requerimiento establecido	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud
			SI es trasplante,		

No.	PROVEEDOR	ENTRADA	DESCRIPCIÓN	SALIDA	CLIENTE
7	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud	Requerimiento establecido	Solicitar valoración de la situación de salud del paciente a las Unidades de Trasplantes (UDT) acreditadas por el Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos.	Valoración solicitada	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud
8	Unidades de Trasplantes acreditadas por el INDOT	Valoración solicitada	Recibir respuesta de las Unidades de Trasplantes.	Respuesta recibida	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud
			SI es tributario,		
10	Unidades de Trasplantes acreditadas por el INDOT	Respuesta recibida	Asignar el Código de Validación	Código de Validación asignado	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud
11	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud	Código de Validación asignado	Registrar en la Bitácora los datos de la atención que se autoriza y el proveedor que se asigna.	Atención autorizada Bitácora actualizada	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud
12	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud	Atención autorizada Bitácora actualizada	Elaborar oficio de autorización registrando el Código de Validación; enviar; y, archivar.	Comunicación enviada Fin del proceso	Unidad Médica receptora
			NO es tributario,		

No.	PROVEEDOR	ENTRADA	DESCRIPCIÓN	SALIDA	CLIENTE
9	Unidades de Trasplantes acreditadas por el INDOT	Respuesta recibida	Devolver el expediente del paciente a la Unidad Médica referente; y, archivar.	Expediente devuelto <i>Fin del proceso</i>	Unidad Médica receptora
			SI es continuidad de tratamiento enfermedades catastróficas,		
13	Unidades de Trasplantes acreditadas por el INDOT	Informe Médico	Analizar el Informe Médico referido a la situación de salud actual del paciente.	Informe Médico analizado	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud
			SI es pertinente,		
15	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud	Informe Médico analizado	Elaborar oficio de autorización registrando el Código de Validación asignado inicialmente para el trasplante, si fuere el caso; la fecha de vigencia de la autorización; enviar; y, archivar.	Comunicación enviada <i>Fin del proceso</i>	Unidad Médica receptora
			NO es pertinente,		
14	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud	Informe Médico analizado	Elaborar oficio para referir al paciente a la Unidad Médica de III Nivel de Complejidad de la Red Interna del IESS; enviar; y, archivar	Comunicación enviada <i>Fin del proceso</i>	Unidad Médica receptora
			NO cumple los requisitos,		

No.	PROVEEDOR	ENTRADA	DESCRIPCIÓN	SALIDA	CLIENTE
5	Médico/Enfermera de la Subdirección, Unidad, o Grupo Provincial de Prestaciones de Salud	Datos verificados	Comunicar al paciente que no cumple con los requisitos	Paciente informado <i>Fin del proceso</i>	Asegurado

Elaborado por: Dirección General del Seguro Individual y Familiar

5.6. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Los sistemas de información requeridos para la implementación y operación del proceso, serán desarrollados o provistos por la Dirección Nacional de Tecnologías de Información del IESS, en función del Caso de Negocio elaborado para el efecto y adjunto a este manual (*Anexo No. 2*)

6. INDICADORES DE DESEMPEÑO DEL PROCESO

Tabla 7: Indicadores de desempeño del proceso

N°	NOMBRE DEL INDICADOR	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	FÓRMULA DE CÁLCULO	RESPONSABLE DE MEDICIÓN	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN	META
1	Referencias solicitadas	Es la relación entre las referencias solicitadas por profesionales de la salud sobre el total de las consultas primera y subsecuente de morbilidad, multiplicada por 100.	%	$(\text{Total de referencias solicitadas por profesionales de salud} / \text{total de consultas (primera y subsecuente) de morbilidad}) * 100$	* Subdirección, Unidad, Grupo Provincial de Prestaciones de Salud, de su jurisdicción. * Subdirección de Control del SGSIF, en el ámbito nacional.	Mensual	Sistema informático de salud	10%
2	Cumplimiento de la Referencia	Es la relación entre el total de referencias cumplidas, dividido para el total de referencias solicitadas por los profesionales de la salud, multiplicado por 100.	%	$(\text{Total de referencias cumplidas} / \text{total de referencias solicitadas}) * 100$	* Subdirección, Unidad, Grupo Provincial de Prestaciones de Salud, de su jurisdicción. * Subdirección de Control del SGSIF, en el ámbito nacional.	Trimestral	Sistema informático de salud	70%
3	Referencias cumplidas efectivas	Es la relación entre el total de referencias cumplidas efectivas, dividido para el total de referencia cumplidas, multiplicando por 100	%	$\text{Total de Referencias cumplidas efectivas} / \text{Total de Referencia cumplidas} * 100$	* Subdirección, Unidad, Grupo Provincial de Prestaciones de Salud, de su jurisdicción. * Subdirección de Control del SGSIF, en el ámbito nacional.	Trimestral	Sistema informático de salud	90%

N°	NOMBRE DEL INDICADOR	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	FÓRMULA DE CÁLCULO	RESPONSABLE DE MEDICIÓN	FRECUENCIA DE MEDICION	FUENTE DE INFORMACIÓN	META
4	Referencias justificadas	Es la relación entre el total de referencias cumplidas efectivas justificadas, dividido para el total de contrareferencia, multiplicando por 100	%	$(\text{Total de referencias cumplidas efectivas justificadas} / \text{total de contrareferencias}) * 100$	* Subdirección, Unidad, Grupo Provincial de Prestaciones de Salud, de su jurisdicción. * Subdirección de Control del SGSIF, en el ámbito nacional.	Trimestral	Sistema informático de salud	90%
5	Contrareferencias emitidas	Es la relación entre el total de contrareferencias / el total de referencias cumplidas efectivas, multiplicado por 100.	%	$(\text{Total de contrareferencias} / \text{total de referencias cumplidas efectivas}) * 100$	* Subdirección, Unidad, Grupo Provincial de Prestaciones de Salud, de su jurisdicción. * Subdirección de Control del SGSIF, en el ámbito nacional.	Trimestral	Sistema informático de salud	90%
6	Nivel de ausentismo (contrareferencias cumplidas)	Es la relación entre el total de contrareferencias cumplidas / el total de referencias cumplidas, multiplicado por 100.	%	$(\text{Total de contrareferencias cumplidas} / \text{total de referencias cumplidas}) * 100$	* Subdirección, Unidad, Grupo Provincial de Prestaciones de Salud, de su jurisdicción. * Subdirección de Control del SGSIF, en el ámbito nacional.	Trimestral	Sistema informático de salud	100%

Elaborado por: Dirección General del Seguro Individual y Familiar

Fuente: Ministerio de Salud Pública

7. GLOSARIO DE TÉRMINOS

TÉRMINO	DESCRIPCIÓN
<i>Agendamiento de citas médicas.</i>	Proceso mediante el cual se registra una cita (turno) en el Sistema Médico Informático del IESS, para acceder a la atención médica en los proveedores de servicios de salud de la Red Interna o Complementaria.
<i>Auto referencia.</i>	Se da cuando un usuario o usuaria consulta directamente a un nivel de atención superior, sin haber sido referido desde el nivel de atención inferior. Este proceso es aceptable cuando se trata de una emergencia más no cuando el usuario o usuaria acude a un establecimiento de mayor complejidad, sin haber asistido al establecimiento de menor nivel de atención de su área geográfica de residencia.
<i>Call Center (centro de llamada) del IESS.</i>	Se refiere al centro de atención de llamadas telefónicas para el agendamiento de citas médicas solicitadas por los asegurados al IESS.
<i>Capacidad Resolutiva.</i>	<p>Es el nivel de respuesta que tiene un establecimiento de salud a la demanda de atención o solución inmediata a cuadros complejos de salud de una persona o grupo de personas, con acciones integrales, inmediatas y oportunas haciendo uso de los recursos físicos y humanos debidamente calificados, quienes harán diagnóstico y tratamiento oportuno. La Capacidad Resolutiva se expresa en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La Cartera de Servicios del establecimiento; • El Talento Humano calificado que dispone; • La infraestructura; y, • El equipamiento.
<i>Cartera de Servicios.</i>	La definición de la Cartera de Servicios caracteriza al establecimiento y refleja su misión, en términos simples, es lo que hace a partir de sus diferentes procesos productivos, clasificados en: clínicos, quirúrgicos y de apoyo diagnóstico y tiene su expresión concreta en un listado de los servicios/productos específicos que provee el establecimiento

TÉRMINO	DESCRIPCIÓN
	<p>y lo diferencia de otro.</p> <p>En consecuencia la Cartera de Servicios del establecimiento está conformada sólo por los servicios/productos específicos provistos por los procesos clínicos, quirúrgicos y de apoyo clínico, de acuerdo al Nivel de Atención y de Complejidad del establecimiento.</p>
<i>Cita médica.</i>	<p>Procedimiento administrativo que se establece cuando el establecimiento de salud otorga al usuario/a una fecha, hora y especialidad para ser atendido.</p>
<i>Código de validación.</i>	<p>Es el número de registro de la autorización de una Derivación que se otorga en las Subdirecciones, Unidades o Grupos Provinciales de Prestaciones de Salud.</p>
<i>Complementariedad de la atención médica.</i>	<p>Articulación de instituciones y personas con el objetivo de garantizar el acceso universal de la población a los servicios de salud, optimizando la organización y gestión en todos los niveles del sistema, para lograr calidad, eficiencia y oportunidad en los servicios de salud, articulándose funcionalmente con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.</p>
<i>Continuidad de la atención médica.</i>	<p>Es concatenar todos los eventos de atención a un problema de salud determinado, tanto en el tiempo (desde el inicio hasta el final) como en el espacio (en todos los niveles del sistema sanitario, en todos los lugares).</p>
<i>Contrareferencia.</i>	<p>Es el proceso inverso de la Referencia o Derivación, es decir, la devolución del paciente del nivel superior al inferior que lo envió, con la debida información en el formato correspondiente.</p>
<i>Derivación.</i>	<p>Es el procedimiento estructurado de envío de un paciente (con información por escrito) de un establecimiento de salud de menor Nivel de Atención o Complejidad de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) a otro de igual o mayor Nivel de Atención y/o Complejidad de la Red Complementaria.</p>

TÉRMINO	DESCRIPCIÓN
<i>Derivación injustificada</i>	Es cuando una Derivación no ha sido realizada conforme a las Normas de Atención, Guías de Práctica Clínica, Protocolos y otras normativas emitidas por la Autoridad Sanitaria y tiene una evaluación negativa del especialista.
<i>Diagnóstico.</i>	Es el juicio clínico sobre el estado de psicofísico de una persona. Es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad o la condición de salud-enfermedad de una persona.
<i>Emergencia</i>	Es la alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requieren de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras.
<i>Estancia prolongada.</i>	<p>Es la hospitalización destinada a la atención de pacientes con patologías agudas o crónicas con reagudizaciones frecuentes, generalmente con patologías sobre añadidas, deterioro funcional y cognitivo asociados y que requieren un tratamiento médico continuado durante un largo período de tiempo.</p> <p>En muchos casos estos pacientes presentan un problema socio familiar añadido.</p>
<i>Historia Clínica Única.</i>	<p>La Historia Clínica, es un documento que registra la experiencia médica con el paciente y representa un instrumento imprescindible para el cuidado actual o futuro, que requiere de un sistema de metodología de registro y análisis que reúna la información para análisis posteriores dentro de un contexto médico legal.</p> <p>El expediente único para la historia clínica es el documento en el que se registra la historia de salud de una persona y los conocimientos científicos y la experiencia del equipo de salud.</p> <p>Representa un instrumento imprescindible para el cuidado actual o futuro de la salud. Los formularios del expediente varían según el servicio donde se lo aplique (emergencias,</p>

TÉRMINO	DESCRIPCIÓN
	consulta
<i>Interconsulta.</i>	Es la solicitud de la opinión de otro profesional del mismo establecimiento, por ejemplo: cuando el cirujano antes de una operación pide Interconsulta con el cardiólogo, no es una Referencia y en este caso se utiliza el formulario de Interconsulta de la HCU.
<i>Indicador</i>	Instrumento que permite medir un aspecto de la prestación de salud y compararlo con un nivel previamente definido (estándar).
<i>Integralidad de la atención médica.</i>	<p>Es la capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población atendida. Comprende los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La Promoción de la salud; • La Prevención de la morbilidad; • La atención curativa (diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación); • Los cuidados terminales o paliativos; • Las normas de autocuidado.
<i>Nivel de Atención</i>	<p>Conjunto de establecimientos de salud organizados bajo un marco jurídico, legal y normativo; con niveles de Complejidad necesaria para resolver con eficacia y eficiencia las necesidades sentidas de salud de la población.</p> <p>Los Niveles de Atención se clasifican en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • I Nivel de Atención; • II Nivel de Atención; • III Nivel de Atención; y, • IV Nivel de Atención.

TÉRMINO	DESCRIPCIÓN
<i>Nivel de Complejidad</i>	Es el grado de diferenciación y desarrollo de los servicios de salud, en relación al Nivel de Atención al que corresponde, alcanzado mediante la especialización y tecnificación de sus recursos. Guarda relación directa con la categorización de establecimientos de salud.
<i>Oportunidad de la atención.</i>	Es el tiempo de respuesta del proveedor de servicios de salud para brindar la atención requerida, sin que corra peligro la vida del paciente.
<i>Plan de Tratamiento.</i>	<p>Es la respuesta de resolución de forma integral de los problemas de salud identificados durante el diagnóstico.</p> <p>Es el conjunto de medios de cualquier clase (higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o físicos) cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas.</p> <p>Debe presentarse de manera secuencial, lógica y ordenada.</p>
<i>Productividad</i>	<p>Se define a la relación entre los productos y los insumos que se han empleado para conseguirlos (mano de obra, materiales, energía, etc.).</p> <p>Por ejemplo, en el caso de los servicios de salud, la medida de productividad estaría dada por la relación existente entre el número de consultas otorgadas por hora / médico.</p> <p>Productividad es la capacidad de producir.</p> <p>La mejor productividad supone una mayor rentabilidad.</p>
<i>Proveedores de servicios de salud.</i>	Son las unidades médicas del IESS, las entidades médico asistenciales públicas y privadas, y los profesionales de salud en libre ejercicio acreditados y contratados por el IESS.
<i>Red Complementaria del IESS.</i>	Es la red de servicios de salud conformada por unidades médicas externas (proveedores externos) de cualquier Nivel de Atención y Complejidad.
<i>Red Interna.</i>	Es la red de servicios de salud conformada por las unidades médicas internas (propias) del IESS.

TÉRMINO	DESCRIPCIÓN
<i>Red Plural.</i>	Es la red conformada por las unidades médicas de la Red Interna y de la Red Complementaria.
<i>Red Pública Integral de Salud (RPIS).</i>	Es la red conformada por las unidades médicas regentadas por el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), El Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), y el Instituto de Seguridad Social de la Policía (ISSPOL).
<i>Referencia.</i>	Es el procedimiento estructurado de envío de un paciente (con información por escrito) de un establecimiento de salud de menor Nivel de Atención o Complejidad a otro de mayor o igual Nivel de Atención o de Complejidad de la Red Pública Integral de Salud (RPIS).
<i>Referencia injustificada</i>	Es cuando una Referencia no ha sido realizada conforme a las Normas de Atención, Guías de Práctica Clínica, Protocolos y otras normativas emitidas por la Autoridad Sanitaria y tiene una evaluación negativa del especialista.
<i>Referencia Inversa.</i>	Se da cuando el Nivel de Atención superior envía a un paciente a un Nivel de Atención inferior con la debida información, sin que el paciente haya pasado por el nivel inferior. Generalmente, se da después de una Autoreferencia y sirve para corregir el funcionamiento del Sistema de Salud; se debe usar el formulario de Referencia y Contrareferencia señalando en la primera que no ha sido referido y enfatizando con mayúscula.
<i>Registro Nacional de Proveedores de Salud del IESS</i>	<p>Es el documento que registra los datos de identificación de los prestadores, la Cartera de Servicios, la fecha de acreditación y de contratación si fuera el caso, entre otra información.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El Registro Nacional de Proveedores debe ser actualizado mensualmente y remitido a la Subdirección de Control del SGSIF durante los primeros diez (10) días de cada mes, en el formato diseñado para el efecto.
<i>Sistema de Historia Laboral.</i>	Herramienta tecnológica para el registro del pago de aportes

TÉRMINO	DESCRIPCIÓN
	y de días laborados de los afiliados que genera derecho a las prestaciones.
<i>Sistema de Referencia, Derivación y Contrareferencia</i>	Conjunto ordenado de procesos asistenciales y administrativos, que contribuye a garantizar la continuidad, integralidad y complementariedad de la atención de salud, con oportunidad, eficacia y eficiencia. Incluye la Referencia Inversa y Transferencia.
<i>Sistema Médico Informático del IESS.</i>	Herramienta tecnológica para la gestión de la Historia Clínica Única.
<i>Transferencia.</i>	Se considera al traslado físico de un paciente de un establecimiento de salud a otro, en transporte institucional y con acompañamiento de un servidor de salud.
<i>Unidad Receptora</i>	Es la unidad que recibe pacientes que le son enviados de las diferentes unidades de la red de servicios.
<i>Unidad Referente</i>	Es la unidad que envía pacientes a las diferentes unidades de la red de servicios.
<i>Urgencia</i>	Enfermedad o problema de salud que podría convertirse en una emergencia si es que el cuidado médico dado por una condición que, sin tratamiento en su debido tiempo, se podría esperar resulte en emergencia.
<i>I Nivel de Atención</i>	<p>Es el más cercano a la población, facilita y coordina el flujo del paciente dentro del Sistema de Salud, garantiza una Referencia y Contrareferencia adecuada, asegura la continuidad e integralidad de la atención.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promueve acciones de Salud Pública de acuerdo a normas emitidas por la Autoridad Sanitaria nacional. • Es ambulatorio y resuelve problemas de salud de corta estancia. • Es la puerta de entrada obligatoria al Sistema Nacional de Salud.
<i>II Nivel de Atención</i>	Comprende todas las acciones y servicios de atención

TÉRMINO	DESCRIPCIÓN
	<p>ambulatoria especializada y aquellas que requieren hospitalización.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constituye el escalón de referencia inmediata del Primer Nivel de Atención. • Desarrolla nuevas modalidades de atención, no basadas exclusivamente en la cama hospitalaria, tales como la cirugía ambulatoria, centro clínico quirúrgico ambulatorio (hospital del día).
<i>III Nivel de Atención</i>	<p>Corresponde a los establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados, los centros hospitalarios son de referencia nacional.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resuelven los problemas de salud de alta Complejidad; • Tienen recursos de tecnología de punta, cuidados intensivos, intervención quirúrgica de alta severidad, • Realizan trasplantes, cuentan con subespecialidades reconocidas por la ley.
<i>IV Nivel de Atención</i>	<p>Es el que concentra la experimentación clínica. Estos establecimientos sólo estarán autorizados en los subsistemas públicos de la Red Pública Integral de Salud (RPIS).</p>



8. ANEXOS

Anexo 1.- *Formulario de Referencia, Derivación, Contrareferencia y Referencia Inversa - Ministerio de Salud Pública Form-SNS-MSP / HCU - form.053/ene/2015*

Anexo 2.- *Caso de Negocio*