

REGISTRO OFICIAL

Organo del Gobierno del Ecuador



Suplemento del Registro Oficial

Año I- Quito, Viernes 16 de Abril del 2010 - N° 173



REGISTRO OFICIAL

ORGANO DEL GOBIERNO DEL ECUADOR

Administración del Sr. Ec. Rafael Correa Delgado
Presidente Constitucional de la República

Año I -- Quito, Viernes 16 de Abril del 2010 -- N° 173

LIC. LUIS FERNANDO BADILLO GUERRERO
DIRECTOR ENCARGADO

Quito: Avenida 12 de Octubre N 16-114 y Pasaje Nicolás Jiménez
Dirección: Telf. 2901 - 629 -- Oficinas centrales y ventas: Telf. 2234 - 540
Distribución (Almacén): 2430 - 110 -- Mañosca N° 201 y Av. 10 de Agosto
Sucursal Guayaquil: Malecón N° 1606 y Av. 10 de Agosto - Telf. 2527 - 107
Suscripción anual: US\$ 400 + IVA -- Impreso en Editora Nacional
1.200 ejemplares -- 64 páginas -- Valor US\$ 2.50 + IVA

S U P L E M E N T O

SUMARIO:

	Págs.		Págs.
FUNCION EJECUTIVA		RESOLUCIONES:	
ACUERDOS:		INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL:	
MINISTERIO DE GOBIERNO:		C. D.307	Expídese el Reglamento General de los Montes de Piedad 5
0626	Apruébase la reforma y codificación de los Estatutos de la Asociación del Espíritu Santo para la Unificación del Mundo Cristiano, con domicilio en el cantón Quito, provincia de Pichincha 1	C.D.308	Expídese el Reglamento para la atención de salud integral y en red de los asegurados 11
0627	Apruébase el estatuto y otórgase personalidad jurídica a la Iglesia Pentecostal del Movimiento Evangélico Tabor "Horeb Monte de Dios", con domicilio en el recinto Las Mercedes, km 24 vía Daule, Guayaquil 2	ORDENANZA MUNICIPAL:	
0628	Apruébase el estatuto y otórgase personalidad jurídica a la Iglesia Cristiana Bautista "Cristo Viene", con domicilio en el cantón Loreto, provincia de Orellana .. 3	-	Gobierno Municipal del Cantón Naranjal: Codificadora y reformatoria de la Ordenanza de determinación y recaudación de la tasa para la recolección, transporte y disposición final de desechos sólidos y la fiscalización del servicio 63
0629	Apruébase el estatuto y otórgase personalidad jurídica a la Casa de Oración Redimidos por la Sangre del Cordero, con domicilio en el cantón Babahoyo, provincia de Los Ríos 4	N° 0626	
		Edwin Jarrín Jarrín SUBSECRETARIO DE COORDINACION POLITICA MINISTERIO DE GOBIERNO, POLICIA Y CULTOS	
		Considerando:	
		Que, el representante legal de la Asociación del Espíritu Santo para la Unificación del Mundo Cristiano, con	

domicilio en el cantón Quito, provincia de Pichincha, comparece a este Ministerio y solicita la aprobación de la reforma y codificación al estatuto que fuera aprobado con Acuerdo Ministerial N° 269 de 24 de marzo de 1980;

Que, en asamblea general extraordinaria de miembros de la Asociación del Espíritu Santo para la Unificación del Mundo Cristiano, celebrada el día 18 de agosto del 2009, resuelven aprobar la reforma al estatuto vigente;

Que, la Subsecretaría Jurídica mediante informe N° 2009-1648-SJ/vv de 18 de diciembre del 2009, emite pronunciamiento favorable al pedido de aprobación de reforma del estatuto presentado por el representante legal de la Asociación del Espíritu Santo para la Unificación del Mundo Cristiano; y,

En ejercicio de la delegación otorgada por el señor Ministro de Gobierno, Policía y Cultos, mediante Acuerdo Ministerial N° 045 de 2 de marzo del 2009,

Acuerda:

ARTICULO PRIMERO.- Aprobar la reforma y codificación de los estatutos de la Asociación del Espíritu Santo para la Unificación del Mundo Cristiano, con domicilio en el cantón Quito, provincia de Pichincha, se dispone que el Registrador del cantón Quito domicilio de la organización, tome nota en el Libro de Organizaciones Religiosas, el acuerdo ministerial de aprobación de la reforma estatutaria.

ARTICULO SEGUNDO.- Conforme establece el Decreto Ejecutivo N° 982, publicado en el Registro Oficial N° 311 de 8 de abril del 2008, la Asociación del Espíritu Santo para la Unificación del Mundo Cristiano, de percibir recursos públicos, deberá obtener la respectiva acreditación, en los términos señalados en los Arts. 30 y 31 del decreto ejecutivo citado.

ARTICULO TERCERO.- El Ministerio de Gobierno, Policía y Cultos, podrá ordenar la cancelación del registro de la entidad religiosa, de la Asociación del Espíritu Santo para la Unificación del Mundo Cristiano, de comprobarse hechos que constituyan violaciones graves al ordenamiento jurídico.

ARTICULO CUARTO.- El presente acuerdo entrará en vigencia a partir de su notificación, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial.

Comuníquese.-

Dado en Quito, Distrito Metropolitano, a 31 de diciembre del 2009.

f.) Edwin Jarrín Jarrín, Subsecretario de Coordinación Política, Ministerio de Gobierno, Policía y Cultos.

MINISTERIO DE GOBIERNO, POLICIA Y CULTOS.- Certifico que el presente documento es fiel copia del original que en dos foja(s) útil(es) reposa en los archivos de la Subsecretaría Jurídica.- Quito, 11 de enero del 2010.- f.) Ilegible, Subsecretaría Jurídica.

N° 0627

Edwin Jarrín Jarrín

**SUBSECRETARIO DE COORDINACION POLITICA
MINISTERIO DE GOBIERNO, POLICIA Y CULTOS**

Considerando:

Que, en esta Secretaría de Estado se ha presentado la solicitud y documentación anexa para el otorgamiento de personalidad jurídica a la organización religiosa denominada Iglesia Pentecostal del Movimiento Evangélico Tabor "Horeb Monte de Dios", con domicilio principal en el recinto Las Mercedes, km 24 vía Daule, Guayaquil Ecuador, cuya naturaleza y objetivos religiosos constan en su estatuto;

Que, el numeral 8 del artículo 66 de la Constitución Política de la República, reconoce y garantiza a las personas el derecho a practicar, conservar, cambiar, profesar en público o en privado, su religión o sus creencias, y a difundirlas individual o colectivamente, con las restricciones que impone el respeto a los derechos;

Que, la Subsecretaría Jurídica del Ministerio de Gobierno, Policía y Cultos mediante informe N° 2009-1618-SJ/ggv de 16 de diciembre del 2009, ha emitido pronunciamiento favorable para la aprobación del estatuto y otorgamiento de personalidad jurídica a la organización religiosa denominada Iglesia Pentecostal del Movimiento Evangélico Tabor "Horeb Monte de Dios", por considerar que ha cumplido, con lo dispuesto en el Decreto Supremo 212 de 21 de julio de 1937 (Ley de Cultos), publicado en el R. O. N° 547 de 23 del mismo mes y año, así como, con el Reglamento de Cultos Religiosos, publicado en el Registro Oficial N° 365 de 20 de enero del 2000, y el Reglamento para la Aprobación de Estatutos, Reformas y Codificaciones, Liquidación y Disolución, Registro de Socios y Directivas de las organizaciones previstas en el Código Civil y en las leyes especiales; por lo tanto, no contraviene el orden o la moral pública, la seguridad del Estado o el derecho de otras personas o instituciones; y,

En ejercicio de la delegación otorgada por el señor Ministro de Gobierno, Policía y Cultos, constante en el Acuerdo Ministerial N° 045 de 2 de marzo del 2009 y conforme establece la Ley de Cultos y su reglamento de aplicación,

Acuerda:

ARTICULO PRIMERO.- Aprobar el estatuto y otorgar personalidad jurídica a la organización religiosa denominada Iglesia Pentecostal del Movimiento Evangélico Tabor "Horeb Monte de Dios", con domicilio principal en el recinto Las Mercedes, km 24 vía Daule, Guayaquil - Ecuador.

ARTICULO SEGUNDO.- Disponer la publicación del estatuto en el Registro Oficial y la inscripción en el Registro Especial de Organizaciones Religiosas del Registro de la Propiedad del domicilio de la organización religiosa, de conformidad con el Art. 3 del Decreto N° 212, R.O./547 de 23 de julio de 1937 (Ley de Cultos).

ARTICULO TERCERO.- Disponer que la organización religiosa ponga en conocimiento del Registro de la

Propiedad del respectivo cantón la nómina de la directiva, a efecto de acreditar la representación legal a la que se refiere el Art. 5 de la Ley de Cultos.

ARTICULO CUARTO.- Disponer se incorpore al Registro General de Entidades Religiosas del Ministerio de Gobierno, el Estatuto y expediente de la organización religiosa Iglesia Pentecostal del Movimiento Evangélico Tabor "Horeb Monte de Dios", de conformidad con el Art. 11 del Reglamento de Cultos Religiosos; así como también, se registre la directiva y los cambios de directivas que se produjeren a futuro, apertura de oficinas, filiales o misiones, cambios de domicilio, ingreso de nuevos miembros o la exclusión de los mismos, para fines de estadística y control.

ARTICULO QUINTO.- Registrar en calidad de miembros fundadores a las personas que suscribieron el acta constitutiva de la organización.

ARTICULO SEXTO.- Notificar a los interesados con una copia de este acuerdo, conforme a lo dispuesto en el artículo 126 del Estatuto del Régimen Jurídico Administrativo de la Función Ejecutiva.

ARTICULO SEPTIMO.- El presente acuerdo, que aprueba el estatuto y concede personalidad jurídica a la Iglesia Pentecostal del Movimiento Evangélico Tabor "Horeb Monte de Dios", entrará en vigencia a partir de su notificación sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial.

Comuníquese.

Dado en Quito, Distrito Metropolitano, a 21 de diciembre del 2009.

f.) Edwin Jarrín Jarrín, Subsecretario de Coordinación Política, Ministerio de Gobierno, Policía y Cultos.

MINISTERIO DE GOBIERNO, POLICIA Y CULTOS.- Certifico que el presente documento es fiel copia del original que en dos foja(s) útil(es) reposa en los archivos de la Subsecretaría Jurídica.- Quito, 15 de enero del 2010.- f.) Ilegible, Subsecretaría Jurídica.

N° 0628

Edwin Jarrín Jarrín

**SUBSECRETARIO DE COORDINACION POLITICA
MINISTERIO DE GOBIERNO, POLICIA Y CULTOS**

Considerando:

Que, en esta Secretaría de Estado se ha presentado la solicitud y documentación anexa para el otorgamiento de personalidad jurídica a la organización religiosa denominada Iglesia Cristiana Bautista "Cristo Viene", cuya naturaleza y objetivos religiosos constan en su estatuto;

Que, el numeral 8 del artículo 66 de la Constitución Política de la República, reconoce y garantiza a las personas el

derecho a practicar, conservar, cambiar, profesar en público o en privado, su religión o sus creencias, y a difundirlas individual o colectivamente, con las restricciones que impone el respeto a los derechos;

Que, la Subsecretaría Jurídica del Ministerio de Gobierno, Policía y Cultos mediante informe N° 2009-1683-SJ-aum de 28 de diciembre del 2009, ha emitido pronunciamiento favorable para la aprobación del estatuto y otorgamiento de personalidad jurídica a la organización religiosa denominada Iglesia Cristiana Bautista "Cristo Viene", por considerar que ha cumplido con lo dispuesto en el Decreto Supremo 212 de 21 de julio de 1937 (Ley de Cultos), publicado en el R. O. N° 547 de 23 del mismo mes y año, así como, con el Reglamento de Cultos Religiosos, publicado en el Registro Oficial N° 365 de 20 de enero del 2000, y el Reglamento para la Aprobación de Estatutos, Reformas y Codificaciones, Liquidación y Disolución, Registro de Socios y Directivas de las organizaciones previstas en el Código Civil y en las leyes especiales; por lo tanto, no contraviene el orden o la moral pública, la seguridad del Estado o el derecho de otras personas o instituciones; y,

En ejercicio de la delegación otorgada por el señor Ministro de Gobierno, Policía y Cultos, mediante Acuerdo Ministerial N° 045 de 2 de marzo del 2009,

Acuerda:

ARTICULO PRIMERO.- Aprobar el estatuto y otorgar personalidad jurídica a la organización religiosa denominada Iglesia Cristiana Bautista "Cristo Viene", con domicilio en el cantón Loreto, provincia de Orellana.

ARTICULO SEGUNDO.- Disponer la publicación del estatuto en el Registro Oficial y la inscripción en el Registro Especial de Organizaciones Religiosas del Registro de la Propiedad del domicilio de la organización religiosa, de conformidad con el Art. 3 del Decreto N° 212 R.O./547 de 23 de julio de 1937 (Ley de Cultos).

ARTICULO TERCERO.- Disponer que la organización religiosa ponga en conocimiento del Registro de la Propiedad del respectivo cantón la nómina de la directiva, a efecto de acreditar la representación legal a la que se refiere el Art. 5 de la Ley de Cultos.

ARTICULO CUARTO.- Disponer se incorpore al Registro General de Entidades Religiosas del Ministerio de Gobierno, el estatuto y expediente de la organización religiosa denominada Iglesia Cristiana Bautista "Cristo Viene", de conformidad con el Art. 11 del Reglamento de Cultos Religiosos; así como también, se registre la directiva y los cambios de directivas que se produjeren a futuro, apertura de oficinas, filiales o misiones, cambios de domicilio, ingreso de nuevos miembros o la exclusión de los mismos, para fines de estadística y control.

ARTICULO QUINTO.- Registrar en calidad de miembros fundadores a las personas que suscribieron el acta constitutiva de la organización.

ARTICULO SEXTO.- Notificar a los interesados con una copia de este acuerdo, conforme a lo dispuesto en el artículo 126 del Estatuto del Régimen Jurídico Administrativo de la Función Ejecutiva.

ARTICULO SEPTIMO.- El presente acuerdo, entrará en vigencia a partir de su notificación sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial.

Comuníquese.

Dado en Quito, Distrito Metropolitano, a 31 de diciembre del 2009.

f.) Edwin Jarrín Jarrín, Subsecretario de Coordinación Política, Ministerio de Gobierno, Policía y Cultos.

MINISTERIO DE GOBIERNO, POLICIA Y CULTOS.- Certifico que el presente documento es fiel copia del original que en dos foja(s) útil(es) reposa en los archivos de la Subsecretaría Jurídica.- Quito, 13 de enero del 2010.- f.) Ilegible, Subsecretaría Jurídica.

N° 0629

Edwin Jarrín Jarrín
SUBSECRETARIO DE COORDINACION POLITICA
MINISTERIO DE GOBIERNO, POLICIA Y CULTOS

Considerando:

Que, en esta Secretaría de Estado se ha presentado la solicitud y documentación anexa para el otorgamiento de personalidad jurídica a la organización religiosa denominada Casa de Oración Redimidos por la Sangre del Cordero, cuya naturaleza y objetivos religiosos constan en su estatuto;

Que, el numeral 8 del artículo 66 de la Constitución Política de la República, reconoce y garantiza a las personas el derecho a practicar, conservar, cambiar, profesar en público o en privado, su religión o sus creencias, y a difundidas individual o colectivamente, con las restricciones que impone el respeto a los derechos;

Que, la Subsecretaría Jurídica del Ministerio de Gobierno, Policía y Cultos mediante informe N° 2009-1606-SJ/ggv de 14 de diciembre del 2009, ha emitido pronunciamiento favorable para la aprobación del estatuto y otorgamiento de personalidad jurídica a la organización religiosa denominada Casa de Oración Redimidos por la Sangre del Cordero, por considerar que ha cumplido con lo dispuesto en el Decreto Supremo 212 de 21 de julio de 1937 (Ley de Cultos), publicado en el R. O. N° 547 de 23 del mismo mes y año, así como, con el Reglamento de Cultos Religiosos, publicado en el Registro Oficial N° 365 de 20 de enero del 2000, y el Reglamento para la Aprobación de Estatutos, Reformas y Codificaciones, Liquidación y Disolución, Registro de Socios y Directivas de las organizaciones previstas en el Código Civil y en las leyes especiales; por lo tanto, no contraviene el orden o la moral pública, la seguridad del Estado o el derecho de otras personas o instituciones; y,

En ejercicio de la delegación otorgada por el señor Ministro de Gobierno, Policía y Cultos, mediante Acuerdo Ministerial N° 045 de 2 de marzo del 2009,

Acuerda:

ARTICULO PRIMERO.- Aprobar el estatuto y otorgar personalidad jurídica a la organización religiosa denominada Casa de Oración Redimidos por la Sangre del Cordero, con domicilio en el cantón Babahoyo, provincia de Los Ríos.

ARTICULO SEGUNDO.- Disponer la publicación del estatuto en el Registro Oficial y la inscripción en el Registro Especial de Organizaciones Religiosas del Registro de la Propiedad del cantón Babahoyo, de conformidad con el Art. 3 del Decreto Supremo 212, publicado en el Registro Oficial N° 547 de 23 de julio de 1937 (Ley de Cultos). Conforme establece el Decreto Ejecutivo N° 982, publicado en el Registro Oficial N° 311 de 8 de abril del 2008, la Casa de Oración Redimidos por la Sangre del Cordero, deberá registrarse en la página www.sociedadcivil.gov.ec y de recibir recursos públicos, deberá obtener la respectiva acreditación, en los términos señalados en los Arts. 30 y 31 del decreto ejecutivo citado.

ARTICULO TERCERO.- Disponer que la organización religiosa ponga en conocimiento del Registro de la Propiedad del respectivo cantón la nómina de la directiva, a efecto de acreditar la representación legal a la que se refiere el Art. 5 de la Ley de Cultos.

ARTICULO CUARTO.- Disponer se incorpore al Registro General de Entidades Religiosas del Ministerio de Gobierno, el estatuto y expediente de la organización religiosa denominada Casa de Oración Redimidos por la Sangre del Cordero, de conformidad con el Art. 11 del Reglamento de Cultos Religiosos; así como también, se registre la directiva y los cambios de directivas que se produjeren a futuro, apertura de oficinas, filiales o misiones, cambios de domicilio, ingreso de nuevos miembros o la exclusión de los mismos, para fines de estadística y control.

ARTICULO QUINTO.- Registrar en calidad de miembros fundadores a las personas que suscribieron el acta constitutiva de la organización.

ARTICULO SEXTO.- Notificar a los interesados con una copia de este acuerdo, conforme a lo dispuesto en el artículo 126 del Estatuto del Régimen Jurídico Administrativo de la Función Ejecutiva.

ARTICULO SEPTIMO.- El presente acuerdo, entrará en vigencia a partir de su notificación sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial.

Comuníquese.

Dado en Quito, Distrito Metropolitano, a 31 de diciembre del 2009.

f.) Edwin Jarrín Jarrín, Subsecretario de Coordinación Política, Ministerio de Gobierno, Policía y Cultos.

MINISTERIO DE GOBIERNO, POLICIA Y CULTOS.- Certifico que el presente documento es fiel copia del original que en dos foja(s) útil(es) reposa en los archivos de la Subsecretaría Jurídica.- Quito, 7 de enero del 2010.- f.) Ilegible, Subsecretaría Jurídica.

No. C. D.307

Resuelve:

**EL CONSEJO DIRECTIVO
DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE
SEGURIDAD SOCIAL**

Considerando:

Que, el Directorio del Instituto Nacional de Previsión Social el 5 de abril de 1955, dictó el Reglamento General de los Montes de Piedad de la Caja de Pensiones, el mismo que se encuentra vigente;

Que, mediante Resolución No. 193 de 29 de marzo de 1976, el ex Consejo Superior, reformó el Art. 56 del Reglamento General de los Montes de Piedad;

Que, mediante Resolución No. 862 del 17 de octubre de 1995, el ex Consejo Superior reformó el Art. 21 del Reglamento General de los Montes de Piedad;

Que, el Art. 62 de la Ley de Seguridad Social señala que son inversiones privativas del IESS los préstamos quirografarios a sus afiliados, las colocaciones financieras de las cuentas de menores, los recursos asignados al servicio público del Monte de Piedad, las operaciones de descuento de títulos hipotecarios cuando se trate de operaciones con los afiliados del instituto, y la adquisición, conservación y enajenación de bienes raíces, con recursos de los fondos de pensiones;

Que, el Art. 68 de la Ley de Seguridad Social, establece la vigencia del servicio público del Monte de Piedad, a través de agencias y sucursales;

Que, la Codificación de Resoluciones de la Superintendencia de Bancos y Seguros, en el Libro III que trata de las Normas Generales para la Aplicación de la Ley de Seguridad Social, en el Título III, estipula sobre las Operaciones del IESS; en el Capítulo IV establece las **NORMAS MÍNIMAS QUE DEBEN CUMPLIR LAS OFICINAS DEL MONTE DE PIEDAD DEL IESS PARA CUSTODIAR LOS ACTIVOS QUE GARANTIZAN LOS CRÉDITOS PRENDARIOS**, determinadas mediante Resolución No. SBS 2003-00164, de la Superintendencia de Bancos y Seguros;

Que, la Codificación de Resoluciones de la Superintendencia de Bancos y Seguros, en el Libro III que trata sobre las Normas Generales para la Aplicación de la Ley de Seguridad Social, en el Título II, estipula sobre las Operaciones del IESS, reformado con Resolución No. SBS-2002-0706 del 17 de septiembre del 2002, de la Superintendencia de Bancos y Seguros, y con Resolución No. SBS-2008-748 del 30 de septiembre del 2008 y reenumerado con Resolución No. JB-2009-1406 de 16 de julio de 2009; en el Capítulo II, establece las Normas para la Calificación de Créditos y Valoración de las Inversiones del IESS, incluido con Resolución No. SBS-2002-0706 de 17 de septiembre de 2002; en la Sección I: Calificación de los Créditos, establece el Cuadro de Calificación respectivo; y,

En uso de las atribuciones que le confiere el Art. 27, letra f) de la Ley de Seguridad Social vigente,

Expedir el siguiente **REGLAMENTO GENERAL DE LOS MONTES DE PIEDAD DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL:**

CAPÍTULO I

OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

Art. 1.- Las Sucursales de los Montes de Piedad, identificadas también como Unidades de Crédito Prendario, son dependencias del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS, que tienen por objeto otorgar a los afiliados y jubilados, así como al público en general, mayores de 18 años, préstamos con garantía prendaria de conformidad a lo dispuesto en la Ley de Seguridad Social y en el presente reglamento.

CAPÍTULO II

RÉGIMEN ADMINISTRATIVO

Art. 2.- Las Sucursales de los Montes de Piedad, en el ámbito nacional, serán administradas por la Dirección de Inversiones a través del Departamento de Inversiones Privativas, con base a un plan que deberá presentarse anualmente, el mismo que deberá establecer indicadores objetivos y cuyo cumplimiento será responsabilidad de la Dirección de Inversiones. En las Direcciones Provinciales en donde existan Sucursales de los Montes de Piedad, la coordinación y supervisión estará a cargo de la Subdirección de Servicios al Asegurado o del Director Provincial.

El personal de cada Sucursal de Monte de Piedad, previo al desempeño del cargo o ejercicio de la función, deberá rendir una caución de conformidad con el Reglamento para Registro y Control de Cauciones, emitido por la Contraloría General del Estado.

Art. 3.- El Jefe del Departamento de Inversiones Privativas, será nombrado por el Director General del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social; mientras que los Coordinadores de cada Sucursal serán designados por el Jefe del Departamento de Inversiones Privativas.

Art. 4.- Los Coordinadores de cada Sucursal deberán presentar anualmente para aprobación del Departamento de Inversiones Privativas y de la Dirección de Inversiones, el plan de organización y trabajo de la dependencia a su cargo.

Art. 5.- El Departamento de Inversiones Privativas emitirá políticas de la administración de la cartera prendaria, las mismas que deberán ponerse en consideración de la Dirección de Inversiones, Dirección Nacional de Riesgos y Comisión Técnica de Inversiones.

Art. 6.- El Departamento de Inversiones Privativas evaluará de manera trimestral la gestión y la eficiencia de las Unidades de Montes de Piedad a nivel nacional, así como el avance del plan anual y el nivel de cumplimiento de los indicadores y objetivos e informará a través del Director de Inversiones a la Dirección Nacional de Riesgos, Comisión Técnica de Inversiones, Comité de Riesgos de Inversión.

CAPÍTULO III

OPERACIONES Y VALORACIÓN

Art. 7.- Podrá ser objeto de prenda todo tipo de joyas en oro con piedras preciosas, es decir, objetos valiosos no susceptibles de deterioro por el transcurso del tiempo.

No se recibirán en prenda armas, condecoraciones, objetos de culto o bienes pertenecientes a museos.

Art. 8.- Las joyas con piedras preciosas ofrecidas en prenda serán examinadas y tasadas, dentro de los locales de las Sucursales de los Montes de Piedad, por un funcionario o perito valorador, facultado para el efecto y bajo su responsabilidad pecuniaria.

Art. 9.- Todos los créditos se registrarán en la Contabilidad de las Sucursales de Crédito Prendario, así como el pago de intereses, fecha de recepción y devolución de las prendas y demás datos requeridos. Mensualmente, los Coordinadores de cada Sucursal remitirán al Departamento de Inversiones Privativas los reportes estadísticos, flujos de caja, balance de comprobación y estados financieros, para su revisión y consolidación.

Art. 10.- Condiciones Financieras: Los préstamos prendarios se concederán a interés simple anticipado, bajo las siguientes condiciones:

- a) Cuantía máxima.- El valor máximo a conceder por cada préstamo corresponderá al aprobado por la Comisión Técnica de Inversiones, en relación a lo que establezca el Directorio del Banco Central del Ecuador dentro del segmento de "Consumo", y de acuerdo a las disponibilidades de recursos y políticas económicas vigentes, previo el informe técnico de la Dirección de Inversiones;
- b) Valor del préstamo.- El valor del préstamo a concederse, será de hasta el ochenta por ciento (80%) del avalúo de la prenda a ser entregada en garantía;
- c) Plazo.- El plazo de concesión del crédito será de ciento ochenta (180) días, renovable hasta por dos ocasiones y por un período similar al inicial;
- d) Tasa de interés.- La tasa de interés para la concesión de créditos prendarios, se establecerá en la tasa activa efectiva del Segmento de Consumo, fijada por el Banco Central del Ecuador al inicio de cada mes;
- e) Interés de mora en el pago del capital.- La Dirección de Inversiones fijará la tasa de interés por mora que el IESS empleará, siendo equivalente a 1,1 veces la tasa que se halle vigente a la fecha de vencimiento del préstamo;
- f) Servicio de Custodia.- El porcentaje del servicio de custodia corresponderá al tres por ciento (3%) anual, sobre el valor del avalúo de la prenda; y,
- g) Garantía.- Se fijará a través de las prendas recibidas, cuyo valor de avalúo para el Monte de Piedad, corresponde al cien por ciento (100 %) del valor del crédito entregado.

Art. 11.- La concesión de préstamos se realizará mediante la suscripción del Contrato de Prenda, que se emitirá en dos ejemplares, debiendo el acreedor conservar el original y entregar al deudor el duplicado, denominado "resguardo".

El Contrato de Prenda deberá contener:

- a) Número de préstamo, secuencial para cada Sucursal;
- b) Nombre del prestatario, cédula de ciudadanía actualizada o pasaporte en el caso de extranjeros, certificado de votación, dirección domiciliaria, teléfono y lugar de trabajo;
- c) Valor del préstamo, en letras y en números;
- d) Tasa de interés del contrato;
- e) Detalle y especificación de la prenda, anotando el estado y características especiales que se observaren, de manera que las prendas puedan ser identificadas fácilmente;
- f) Avalúo de la prenda o prendas, que fije el Tasador o Valorador;
- g) Liquidación de la cantidad prestada, interés cobrado por anticipado y comisión de custodia pactados, así como el valor neto en dólares americanos a pagarse en letras y números;
- h) Plazo al que se efectúa la operación;
- i) Identificación y firma del empleado que elaboró el avalúo o tasación, la liquidación y el pago respectivo;
- j) Nota para conocimiento del usuario en el sentido de que "su prenda será rematada en el caso de que no cancele o renove el crédito concedido, dentro del plazo pactado";
- k) La indicación de las demás condiciones del préstamo;
- l) Lugar y fecha del préstamo;
- m) Firma del deudor aceptando las condiciones establecidas;
- n) Firma del valorador y recibidor pagador; y,
- o) Se adjuntará una copia de la cédula de identidad y del certificado de votación del prestatario.

Art. 12.- Para la entrega de préstamos, las Sucursales de Crédito Prendario podrán exigir, de creerlo pertinente, las certificaciones y referencias que estimen necesarias, respecto de la propiedad de la prenda.

Art. 13.- Los tasadores y/o valoradores de las prendas, previo al ejercicio del cargo, rendirán una caución que será aprobada por el Director General del IESS, de conformidad con el Reglamento para el Registro y Control de Caucciones emitido por la Contraloría General del Estado.

Art. 14.- Si el Sistema de los Montes de Piedad del IESS, a través de las Sucursales que existen en el país, por motivos de fuerza mayor técnicamente calificados, estuviere en

imposibilidad de devolver el bien dado en garantía, abonará al usuario que demuestre ser titular de la prenda, el valor del avalúo fijado a la fecha de la concesión del crédito más un recargo del treinta por ciento (30%) en concepto de indemnización, previa deducción de los valores adeudados por el prestatario.

En caso de robo o pérdida de las joyas recibidas por las Sucursales de los Montes de Piedad como garantía de los préstamos concedidos, se podrá realizar la compensación con la entrega de otras joyas que representen igual valor, las mismas que no han sido retiradas luego de haber transcurrido tres (3) años desde la cancelación de los préstamos.

CAPÍTULO IV

VALOR DEL GRAMO DE ORO

Art. 15.- El precio referencial del gramo de oro con piedras preciosas, será definido trimestralmente por del Departamento de Inversiones Privativas, con base al modelo de valoración preparado por la Dirección Nacional de Riegos, el mismo que deberá ser revisado y ajustado anualmente.

Art. 16.- Con base a los parámetros indicados, el Director de Inversiones aprobará la tabla referencial de precios por gramo, para su aplicación en el ámbito nacional.

CAPÍTULO V

ABONOS Y RENOVACIONES

Art. 17.- Las Sucursales de Crédito Prendario podrán aceptar abonos parciales a la deuda que no se encuentre vencida, que no será inferior al diez por ciento (10%) del valor del crédito inicial concedido.

Art. 18.- Podrá concederse hasta dos (2) renovaciones del crédito al vencimiento del plazo, por un período similar y previo el pago del treinta por ciento (30%) del valor del préstamo concedido inicialmente.

Art. 19.- Para el caso de renovaciones, se entregará al prestatario un nuevo ejemplar del Contrato de Prenda o Resguardo, en el que constarán los datos del préstamo inicial y los de la renovación.

CAPÍTULO VI

CANCELACIÓN Y RETIRO DE PRENDAS

Art. 20.- Las cancelaciones de los créditos e intereses, se realizarán en efectivo.

Art. 21.- Cancelación Anticipada.- En caso de que se produzca la cancelación anticipada de un crédito, se procederá a la reliquidación de los intereses por los días que faltaren para el vencimiento del plazo pactado originalmente.

Una vez que el usuario cancele la totalidad del préstamo, se procederá a la entrega inmediata de las prendas en el mismo estado en que se recibieron; sin embargo, el prestatario podrá retirar la prenda en el plazo máximo de treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha de pago; si no

lo hiciere en dicho plazo, pagará el cuatro por ciento (4%) anual o fracción de año, calculado sobre el valor del avalúo original y por el tiempo que las prendas permanezcan bajo custodia en las bóvedas de las Sucursales y Agencias de Crédito Prendario, hasta un máximo de tres (3) años, fijado para la custodia de prendas.

Art. 22.- Entrega de la Prenda.- Se entregará la prenda al prestatario original del crédito, previa la presentación de los documentos de identificación exigidos por la ley. En el caso de que el retiro lo realice una tercera persona, deberá presentar el poder notarial debidamente legalizado. En todo caso deberá quedar archivada una copia de la cédula de identidad y del certificado de votación del cliente.

En caso de fallecimiento del cliente, los deudos con derecho tendrán que presentar la Posesión Efectiva, debidamente inscrita en el Registro de la Propiedad.

Art. 23.- Pérdida del Contrato de Prenda.- En caso de pérdida del Contrato original, el deudor deberá comunicar a la Sucursal de Crédito Prendario en la que obtuvo el préstamo, para el registro y bloqueo correspondiente en la bóveda y en el sistema informático; debiendo presentar a la cancelación del préstamo prendario, una Declaración Juramentada, documento obtenido en una Notaría, cuando el valor del préstamo exceda de USD 100,00. Si el monto es inferior, el documento que se solicitará será la denuncia presentada en una Comisaría. Cumplidas estas formalidades, la Sucursal del Monte de Piedad extenderá un duplicado, que contendrá las mismas formalidades establecidas para el otorgamiento del préstamo inicial.

Art. 24.- Endoso.- El dueño de un comprobante podrá endosarlo a favor de una tercera persona, cuyo registro deberá realizarlo en las oficinas de cada Sucursal de Crédito Prendario, concurriendo para el efecto el endosante y el endosatario, portando sus respectivas cédulas de ciudadanía y certificados de votación; endoso que deberá ser registrado en el Sistema Informático a favor del último beneficiario.

Art. 25.- Conformidad.- Si al momento del retiro de la prenda el dueño no presentare reclamación alguna, firmará su conformidad en el comprobante de cancelación, cesando desde ese momento la responsabilidad de la Sucursal de Crédito Prendario.

CAPÍTULO VII

CUSTODIA DE PRENDAS

Art. 26.- Los bienes consignados en garantía por los créditos concedidos, serán custodiados en bóvedas debidamente instaladas para el efecto, en las Sucursales de Crédito Prendario que cuenten con sistemas integrales de seguridad y con tecnología de punta o en las bóvedas de empresas o instituciones debidamente calificadas para ofrecer el servicio de custodia y que rindan las garantías que el IESS requiera.

Las Sucursales de los Montes de Piedad que no cuenten con bóvedas que presten la debida seguridad que garantice la integridad de la prenda, podrán contratar el arriendo de casilleros de seguridad en Instituciones Financieras o en el Banco Central, que cuenten con la infraestructura física requerida y presten el servicio de custodia.

Art. 27.- Los Custodios recibirán diariamente de parte de los Valoradores o Tasadores los bienes entregados en prenda, al finalizar la jornada de atención al público, para lo cual revisarán los listados de prendas, verificarán el peso de las joyas y las condiciones de seguridad de las fundas que contengan las prendas, dejando constancia de cualquier novedad registrada en el acta diaria de entrega-recepción correspondiente.

Los Custodios mantendrán las prendas debidamente clasificadas y responderán pecuniariamente por cualquier faltante, cambio, daño o adulteración, excepto por caso fortuito o de fuerza mayor debidamente comprobados.

Art. 28.- Para el caso de pérdida total o parcial de los bienes consignados en garantía por razones de fuerza mayor o hechos públicos, el Coordinador de la Sucursal de Crédito Prendario de cada jurisdicción, procederá conforme lo estipulado en el artículo 14 del presente reglamento.

CAPÍTULO VIII

REMATE DE PRENDAS

Art. 29.- Transcurridos treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de los créditos concedidos, las prendas que garantizan las operaciones financieras se considerarán en situación de remate y por tanto susceptibles de venta en pública subasta.

Toda prenda que sea considerada en situación de remate será gravada con un recargo único del dos por ciento (2%) sobre el valor del préstamo concedido o su saldo. Este valor será cobrado el momento de su cancelación o renovación.

Toda prenda que sea rematada será gravada por concepto de gastos de remate, con un recargo de hasta el diez por ciento (10%) del valor del remate, que será descontado al momento de venta de la prenda y que corresponden a los gastos administrativos que se incurrirán en el proceso de remate.

Art. 30.- El Coordinador de cada Sucursal, previa autorización del Jefe de Inversiones Privativas, determinará las fechas y el número de remates que no podrán ser menores a cuatro (4) dentro del año calendario.

Art. 31.- Conformación de la Junta de Remates.- Para la ejecución del remate público de prendas entregadas en garantía, se constituirá la Junta de Remates que la presidirá el Jefe del Departamento de Inversiones Privativas o su Delegado, el Coordinador de la Sucursal, el Contador de cada Unidad de Crédito Prendario, un perito evaluador de las prendas sometidas a remate; este último será un servidor distinto al que intervino en la concesión del crédito inicial y un abogado en calidad de Secretario, quien procederá a legalizar las actas del reavalúo y del remate. Para el efecto cada jurisdicción provincial cuenta con un delegado de la Procuraduría.

Art. 32.- Son funciones de la Junta de Remates:

a) Verificar que las prendas que van a rematarse correspondan a la calidad y especificaciones establecidas por el tasador al momento de concesión del crédito;

b) Efectuar el reavalúo de las prendas sujetas a remate, para lo cual exigirá la entrega del cuadro de prendas a rematarse con el detalle de las características y especificaciones de cada crédito vencido y su garantía;

c) Establecer el valor de la base del remate de cada prenda o lote de prendas; y, determinar la nueva base en función del valor real de las joyas, que en ningún concepto será menor al avalúo fijado por el valorador al momento del préstamo inicial. Las prendas que habiendo sido pregonadas por primera vez no se hubieren subastado, se volverán a pregonar disminuyendo máximo hasta un veinte por ciento (20%) del valor del avalúo inicial. Si la misma prenda no se subasta en el segundo pregón se procederá a disminuir la base del remate hasta el monto que cubra la deuda del cliente más el diez por ciento (10%) de gastos de remate (deuda líquida);

d) Organizar por lo menos con veinticuatro (24) horas de anticipación, la exhibición de las prendas sujetas a remate, en lugares visibles, adecuados y seguros;

e) Designar al martillador o pregonero para las sesiones de remates, pudiendo ser o no funcionario de la misma Sucursal;

f) Elaborar actas de reavalúo y de remate que serán suscritas por todos los miembros de la Junta, y que contendrán: número de prendas seleccionadas, renovadas, canceladas, rematadas, los valores de reavalúo, valor del remate, los costos del remate, las novedades registradas y además descripción de los remates voluntarios;

g) Disponer que los resultados económicos del remate sean debidamente contabilizados y los fondos depositados inmediatamente en la cuenta bancaria de la Sucursal de los Montes de Piedad; y,

h) Suspender la diligencia del remate, por razones de fuerza mayor o cuando no existan al menos cinco (5) postores o compradores.

Art. 33.- Las Sucursales de los Montes de Piedad, en cada jurisdicción, promocionarán los remates públicos, utilizando los medios de comunicación colectiva más apropiados y con diez (10) días de anticipación por lo menos, a la fecha de iniciación de los remates.

Art. 34.- Remate voluntario.- El propietario de una prenda podrá solicitar por escrito a la Junta de Remates, se proceda al remate de dicha prenda antes del vencimiento del plazo, asumiendo un costo del 8% del valor del avalúo respectivo.

El titular de una joya o lote de joyas podrá solicitar por escrito a la Junta de Remates, se proceda a la subasta pública de sus bienes, asumiendo una comisión del 12% sobre el valor del remate.

Art. 35.- El dueño de una prenda tiene derecho a recuperarla hasta el momento de la subasta pública, cubriendo totalmente el valor adeudado por capital e intereses, más el diez por ciento (10%) sobre el valor del avalúo, por los costos incurridos previos al remate.

Art. 36.- La base para el remate será el avalúo fijado por el tasador al momento de efectuar el préstamo inicial. No se aceptarán por tanto posturas u ofertas que no cubran dicha base.

Art. 37.- Aceptada una oferta, se pagará su valor al contado en la ventanilla respectiva, y no habrá lugar a reclamo posterior alguno.

Art. 38.- A los compradores se les entregarán una certificación de propiedad referente a la prenda adquirida, documento denominado acta de remate, lo cual contendrá: dirección domiciliaria, número de teléfono, registro de firma y copia de cédula de identidad del rematista.

Art. 39.- Si la prenda no se hubiere subastado, se procederá conforme lo estipula el Art. 32 literal c) de este reglamento.

En el caso de que el valor del remate sea superior al valor de la deuda, luego de descontar los intereses y demás costos incurridos, la diferencia o excedente, se procederá a devolver al prestatario, mediante un documento denominado "Sobrante de Remate", que deberá registrar todos los datos de identificación del cliente, como dirección domiciliaria, número de teléfono del mismo o de algún familiar. Se deberá adjuntar a este documento una copia de la cédula de ciudadanía.

Los clientes con derecho a cobrar un Sobrante de Remate, tienen el plazo de un (1) año para hacer efectivo dicho valor; caso contrario, ingresará a las cuentas del Fondo de Pensiones y se registrarán contablemente en la cuenta de pérdidas y ganancias.

Art. 40.- Antes de proceder a la devolución de los saldos de remate, el Coordinador de la Sucursal de los Montes de Piedad deberá efectuar un análisis de los créditos concedidos al solicitante, a efectos de descontar en forma automática aquellos valores a cargo de valoradores y por otros préstamos que se encuentren en mora.

Art. 41.- Los objetos que habiendo sido puestos a remate no hubieren sido vendidos, pasarán a figurar en una cuenta especial denominada "Prendas no Rematadas", en cuyo caso podrán mantenerse hasta por un lapso máximo de tres (3) meses siempre y cuando no exista error en la valoración o sobrevaloración, en cuyo caso el cargo al valorador será de cobro inmediato.

Dentro de los tres meses (90 días), las prendas pueden ser vendidas directamente por la Junta de Remates. Si el producto de la venta fuere mayor de lo que el prestatario adeudare a cada Sucursal del Monte de Piedad, por todo concepto, se le devolverá el excedente de la venta con los respectivos recargos. Si no fueren vendidos, se realizará un cargo inmediato al valorador y el descuento deberá ser realizado conforme a la normativa vigente por la Subdirección de Recursos Humanos.

Este descuento se deberá realizar de la caución rendida por los funcionarios que manejan valores en el Instituto, procedimiento a cargo de la Dirección de Servicios Corporativos y la Subdirección de Bienes y Servicios en coordinación con la Subdirección de Recursos Humanos.

CAPÍTULO IX

DE LAS SEGURIDADES

Art. 42.- Las normas mínimas que deben cumplir las Sucursales del Monte de Piedad del IESS para custodiar los activos que garantizan los créditos prendarios, son las siguientes.

- a. El Monte de Piedad del IESS llevará en su registro contable, de manera clara e independiente, la identificación de cada uno de los activos que custodia, separados por cada concepto de préstamo prendario;
- b. El Monte de Piedad del IESS ofrecerá las debidas protecciones para preservar la autenticidad y seguridad de los activos que garantizan los créditos prendarios, para controlar su manipulación dentro y fuera del área de custodia; y, para garantizar las correspondencias entre lo físico y lo que existe registrado en la contabilidad;
- c. Las funciones, deberes y responsabilidades de los funcionarios del Monte de Piedad del IESS deben estar detallados en un manual operativo, que deberá ser aprobado por el Consejo Directivo del IESS;
- d. Las oficinas del Monte de Piedad deberán mantener separadas las funciones que por su responsabilidad son incompatibles para la seguridad de los activos que se custodian, particularmente entre las áreas de custodia, Auditoría Interna, Informática, Tesorería y Contabilidad. Cada una de ellas debe contar con sistemas independientes de respaldo y resguardo de la información, no susceptibles de manipulación por personas ajenas a cada área;
- e. La Subdirección de Recursos Humanos del IESS verificará la idoneidad del personal que labora en las oficinas de los Montes de Piedad, cuyos cargos deberán ser caucionados;
- f. Las oficinas de los Montes de Piedad del IESS contarán con adecuados sistemas de almacenamiento, de tal forma que la custodia de los activos que garanticen los créditos prendarios cuenten con el mayor nivel de seguridad y preservación; y,
- g. El IESS deberá contratar una póliza contra los siniestros a los que están expuestos los activos que garantizan los créditos prendarios, tales como: hurto, robo, incendio, terremoto, inundación, entre otros. Es responsabilidad de la Dirección de Inversiones y la Dirección Nacional de Riesgos proponer a la Dirección General las estrategias y planes de contingencias para mitigar los riesgos y reducir la pérdida por concepto de los eventos antes señalados.

CAPÍTULO X

DE LA CALIFICACIÓN DE CRÉDITOS PRENDARIOS

Art. 43.- La Dirección de Inversiones, a través del Departamento de Inversiones Privativas, calificará la cartera de crédito de consumo, ponderado de la siguiente manera:

CATEGORIA	PERÍODO DE MOROSIDAD En días	
	MAYOR A	HASTA
A.- Riesgo normal	-----	Quince
B.- Riesgo potencial	Quince	Cuarenta y cinco
C.- Deficientes	Cuarenta y cinco	Noventa
D.- Dudoso recaudo	Noventa	Ciento veinte
E.- Pérdida	Ciento veinte	En adelante

CAPÍTULO XI

DISPOSICIONES GENERALES

PRIMERA.- Podrán acceder a los servicios del Monte de Piedad todas las personas afiliadas y jubiladas, así como el público en general, legalmente capaces.

SEGUNDA.- Si transcurridos tres (3) años desde la cancelación de un préstamo no se hubiere retirado la prenda, ésta será sometida a remate y el producto ingresará a formar parte de las utilidades del Fondo de Pensiones. Dichas prendas podrán destinarse además para los fines previstos en el segundo inciso del artículo 14 del presente reglamento.

TERCERA.- El derecho a reclamar los sobrantes de remates prescribirá en un lapso de un (1) año, al término del cual pasarán a incrementar la reserva del Fondo de Pensiones.

CUARTA - Los funcionarios de cada una de las Sucursales de Crédito Prendario no podrán participar como rematistas en las subastas públicas, así como sus parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad.

QUINTA.- Todas las Sucursales de Crédito Prendario llevarán su propia contabilidad y presupuesto. Los funcionarios responsables de cada unidad, presentarán mensualmente al Departamento de Inversiones Privativas los estados financieros y presupuestarios actualizados para su consolidación a nivel nacional, hasta el día 15 del mes subsiguiente.

SEXTA.- Los valores provenientes de la recaudación del diez por ciento (10%) y doce por ciento (12%) financiarán los costos ocasionados con ocasión del remate y el sobrante del mismo pasará a incrementar la reserva del Fondo de Pensiones.

SEPTIMA.- La aplicación de esta resolución estará a cargo de la Dirección de Inversiones.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

PRIMERA.- En caso de que alguna de las Sucursales de los Montes de Piedad no cumpla las normas mínimas para custodiar los activos que garantizan los créditos prendarios, se establece el plazo máximo de hasta sesenta (60) días para su cumplimiento.

SEGUNDA.- Conforme lo establecido por las Disposiciones Transitorias Primera y Segunda de la Ley del

Banco del IESS, publicada en el Registro Oficial No. 587 del 11 de mayo del 2009, la Comisión Técnica de Inversiones del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social se mantendrá en funciones, con todas sus facultades, atribuciones y competencias, hasta que el Banco del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social cuente con la autorización para iniciar sus operaciones y las privativas del IESS, emitida por la Superintendencia de Bancos y Seguros; y, hasta que el Banco del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social se encuentre operativo y emita los manuales de crédito correspondientes para la atención de los préstamos hipotecarios, quirografarios y prendarios, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS, continuará efectuando dichas operaciones al amparo de las normas de la Ley de Seguridad Social en actual vigencia.

DISPOSICIONES FINALES

PRIMERA.- Deróguese el Reglamento General de Montes de Piedad y el Reglamento General de Fiscalización de los Montes de Piedad, expedidos por el Directorio del ex Instituto Nacional de Previsión el 5 de abril de 1955 y el 4 de abril de 1963, respectivamente, así como las resoluciones No. 193 del 29 de marzo de 1976 y No. 862 del 17 de octubre de 1995 del ex Consejo Superior del IESS; y, todas las demás normas que se opusieren al presente reglamento.

SEGUNDA.- Esta resolución entrará en vigencia a partir de la presente fecha, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial.

COMUNÍQUESE.- Quito, Distrito Metropolitano, a 10 de marzo del 2010.

f.) Ramiro González Jaramillo, Presidente Consejo Directivo.

f.) Ing. Felipe Pezo Zúñiga, Miembro Consejo Directivo.

f.) Ab. Luis Idrovo Espinoza, Miembro Consejo Directivo.

f.) Econ. Fernando Gujarro Cabezas, Director General, IESS.

CERTIFICO.- Que la presente resolución fue aprobada por el Consejo Directivo en dos discusiones, en sesiones celebradas el 4 y el 10 de marzo del 2010.

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

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

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

No. C.D.308

**EL CONSEJO DIRECTIVO
DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD
SOCIAL**

Considerando:

Que, el artículo 360 de la Constitución de la República del Ecuador en relación al sistema de salud, establece: “El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman,... La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad”;

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

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

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

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

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

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

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

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

Resuelve:

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

CAPÍTULO I**OBJETO Y DEFINICIONES**

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

La Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar como aseguradora de las prestaciones de salud, estará a cargo de la regulación, monitoreo y evaluación/auditoría, de los procesos a través de sus dependencias en el territorio nacional.

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

El Seguro General de Salud Individual y Familiar fortalecerá la atención ambulatoria en promoción, prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la enfermedad, rehabilitación y limitación de la discapacidad, incluyendo cuidados paliativos, que garanticen la eficiencia y reorientación en la atención de salud al asegurado y en red.

Las zonas de adscripción geográfica con población definida deberán elaborar un diagnóstico de la situación de salud construido y coordinado con todos los actores del sistema nacional de salud.

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

Artículo 3. - Definiciones:

- a) **Afiliado.-** Es toda persona natural que consta registrada en el régimen del Seguro General Obligatorio, como obligada o voluntaria, mediante un aporte administrado por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y que tiene derecho a las prestaciones y los beneficios que consagra dicho seguro;
- b) **Jubilado.-** Es toda persona natural que habiendo cumplido los requisitos establecidos en la ley, goza de una pensión concedida o pagada por el Seguro General Obligatorio;
- c) **Asegurado.-** Es toda persona natural protegida por el Seguro General Obligatorio, en calidad de afiliada o beneficiaria con derecho;
- d) **Beneficiario con derecho.-** Es la persona natural protegida por el Seguro General Obligatorio favorecida por efecto de su relación/filiación con el afiliado o el causante;
- e) **Prestadores de salud.-** Son aquellos profesionales o establecimientos, autorizados para prestar servicios de salud debidamente calificados/acreditados por el Seguro General de Salud Individual y Familiar circunscritos a zonas geográficas definidas. Se clasifican en:
- Prestadores Ambulatorios: Dispensarios anexos, unidades y centros de atención ambulatoria del IESS, dispensarios del Seguro Social Campesino y unidades de primer nivel del sector público y del sector privado, con o sin fines de lucro.
 - Prestadores Hospitalarios: Hospitales de nivel I, II y III nivel del IESS, del sector público y del sector privado, con o sin fines de lucro;
- f) **Tipología de las Unidades de Salud del IESS.-** Es la clasificación de las unidades prestadoras de servicios de salud según estándares establecidos por el Sistema Nacional de Salud y el IESS, respecto del nivel de complejidad en: infraestructura, equipamiento y recursos humanos; y, la determinación de la capacidad resolutive para el funcionamiento en red plural, sin sobreposición de funciones ni brechas en la atención, que garanticen la calidad de atención mediante servicios desconcentrados y polivalentes;
- g) **Cartera de servicios por ciclo de vida.-** Constituyen el conjunto de prestaciones de salud que ofertan las unidades de Salud en cuanto se refiere a la prevención, curación, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos acorde al ciclo de vida;
- h) **Guías de Práctica Clínica y Terapéuticas.-** Son un conjunto de normas explícitas y sistematizadas, producidas a través de un proceso estructurado sobre el abordaje de patologías y sus tratamientos, fundamentadas en la efectividad de la evidencia médico-científica y la experiencia; apoyadas en consensos formales (expertos, con apoyo bibliográfico y de motores de búsqueda, experiencia clínica entre otros y de adaptación cultural);
- i) **Calificación/Acreditación de los prestadores.-** Proceso formal por medio del cual el Seguro General de Salud Individual y Familiar reconoce que el prestador de salud cumple con los estándares de estructura y proceso y que permite la evaluación periódica según las regulaciones establecidas por el IESS.
- Una comisión especializada a cargo de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, a través de sus dependencias (Subdirecciones y Jefaturas) en cada una de las zonas geográficas, calificará/acreditará a los prestadores, como un requisito indispensable para la contratación del prestador;
- j) **Certificación.-** Documento que reconoce a una organización o profesional, la calidad de sus servicios y procesos;
- k) **Red Plural de Prestadores de Servicios de Salud.-** Consiste en la combinación de recursos públicos y privados que deben evaluarse en función de su equidad, eficiencia y eficacia social en la prestación de servicios en todos los niveles de atención de cada zona geográfica/territorio del IESS;
- l) **Microrredes plurales.-** Se constituyen como matriz para la organización de las redes plurales de servicios de salud en un espacio geográfico y con una población definida e implican el establecimiento de vínculos e instrumentos para la organización de la provisión de servicios de salud de prestadores públicos y privados, que con sus potencialidades y debilidades se complementan en torno a objetivos de orientación pública y logran acuerdos comunes en beneficio de los afiliados o beneficiarios con derecho;
- m) **Libre elección regulada.-** Garantía del derecho del afiliado y beneficiario para elegir, de manera libre y voluntaria, el prestador de servicios de salud en el primer nivel de atención, dentro de las zonas geográficas de población definida, de acuerdo a las normas establecidas en este reglamento; y,
- n) **Centro de Atención al usuario.-** Unidad dependiente del Seguro General de Salud y de cada una de sus dependencias en el territorio nacional, que permitirá evaluar la calidad percibida, a través de un sistema de medición permanente de la satisfacción de los usuarios, y donde se dará trámite a las quejas y sugerencias de los afiliados y beneficiarios con derecho, como parte de un proceso constructivo de mejoramiento continuo de la calidad.

CAPÍTULO II**DEL SEGURO GENERAL DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR**

Artículo 4.- Responsabilidades y atribuciones: La Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar es el órgano ejecutivo encargado del aseguramiento de salud. Esta unidad especializada comprará servicios, regulará y controlará las prestaciones de salud brindadas por las unidades de servicios de salud del IESS y a otros prestadores calificados/acreditados mediante convenios, que serán pagados con cargo al Fondo Presupuestario de Salud.

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

Artículo 5.- De la cobertura de aseguramiento: El Seguro General de Salud Individual y Familiar tendrá a su cargo la administración de los procesos de aseguramiento para la entrega de las prestaciones integrales de salud de los afiliados y beneficiarios con derecho, a través de la compra de servicios de salud.

El aseguramiento del afiliado y sus familiares con derecho y beneficiarios garantiza la cobertura de las necesidades frente a las contingencias de enfermedad, maternidad y riesgos, la evaluación periódica del estado de salud de la población asegurada, la formulación de los programas de extensión de este Seguro a otros grupos humanos, y el cumplimiento de las demás obligaciones que determinen las regulaciones del Consejo Directivo del IESS.

En cualquier caso de atención a la salud de los asegurados protegidos por el IESS, se concederá la prestación de acuerdo a convenios que se celebren con organismos públicos o privados a través de la compra y venta de servicios según el Tarifario.

Artículo 6.- Sujetos de protección: El Seguro General de Salud Individual y Familiar protege a:

- a) Los afiliados al IESS con o sin relación de dependencia laboral, incluidos aquellos del régimen voluntario, en casos de contingencias de enfermedad, maternidad;
- b) Los jubilados del Seguro General por invalidez, vejez y a los pensionistas de riesgos del trabajo, permanente parcial, total o absoluta;
- c) Los afiliados al IESS en contingencias originadas en accidentes del trabajo o enfermedades profesionales, con servicios médicos asistenciales, incluidos los de prótesis, órtesis y exoprótesis; y,
- d) Los pensionistas por viudez del seguro de muerte del Seguro General y de riesgos del trabajo.

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

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

Artículo 8.- Derechos del asegurado: En caso de enfermedad el asegurado tendrá derecho a:

- a) Asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica y de rehabilitación; y,

- b) Subsidio monetario cuando la enfermedad produzca incapacidad en el trabajo, en la cuantía establecida por el IESS.

El tratamiento de enfermedades contraídas durante el tiempo de afiliación o en el transcurso del periodo de protección se prolongará hasta la recuperación del paciente.

Las prestaciones previstas se concederán si el afiliado, obligado o del régimen voluntario, y beneficiarios con derecho cumpliere con los requisitos establecidos en la Ley de Seguridad Social y las regulaciones internas dictadas por el IESS.

El afiliado o la afiliada que dejaren de aportar, conservarán su derecho a las prestaciones de enfermedad o maternidad hasta dos (2) meses posteriores al cese de sus aportaciones. Se exceptúa del tiempo de espera para contingencia de enfermedad al jubilado y al derechohabiente de orfandad en goce de pensiones.

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

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

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

prestadoras propias de la Seguridad Social, que le garanticen funcionar eficientemente; y,

- h) Participación social constructiva de los sectores de la comunidad beneficiaria en cada zona geográfica.

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

CAPÍTULO III

SISTEMA INTEGRAL DE ATENCIÓN DE SALUD

Artículo 11.- De las prestaciones de salud: El Seguro de Salud Individual y Familiar otorgará las prestaciones de salud integrales e integradas de conformidad con la “Guía de reorientación y fortalecimiento de los servicios de salud de la Seguridad Social con enfoque al asegurado con derecho y en Red Plural”, anexa a esta resolución, de acuerdo a la siguiente cartera de servicios:

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

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

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

La elección se efectuará de acuerdo con los siguientes criterios:

- a) Para el afiliado bajo relación de dependencia y voluntario, de acuerdo a su domicilio, residencia o lugar de trabajo; y,

- b) Para los asegurados y beneficiarios, jubilados, pensionistas, o afiliados sin relación de dependencia, de conformidad con su domicilio.

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

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

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

Los hospitales de segundo y tercer nivel de la Red Plural de base territorial aceptarán de forma zonificada, las referencias enviadas desde las unidades de primer nivel prestadoras de servicios de salud. Una vez resuelto el evento, la unidad que corresponda, bajo responsabilidad de su titular, tendrá la obligación de remitir la contrarreferencia a la unidad correspondiente del primer nivel y/o a la unidad que originó la referencia. El sistema de referencia y contrarreferencia será obligatorio para prestadores propios y externos.

Artículo 16.- Requisitos: Para poder optar por un prestador a libre elección regulada de primer nivel en el territorio de adscripción, se deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Ser sujeto calificado con derecho a la atención; y,
- b) Realizarse un examen médico preventivo integral anual establecido en la cartera de servicios.

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

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

A los prestadores de salud les está prohibido:

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

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

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

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

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

Artículo 20.- Acceso a unidades médicas de segundo y tercer nivel de prestadores externos.- Para garantizar la continuidad de la atención, en caso de requerir de prestadores externos de segundo y tercer nivel, debe notificarse y contar con la autorización de las subdirecciones o jefaturas provinciales del Seguro General de Salud Individual y Familiar, previa verificación de la pertinencia médica para el problema de salud de los asegurados, excepto en caso de estabilización en urgencias o emergencias.

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

CAPÍTULO IV

UNIDADES DE SALUD DEL IESS

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

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

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

Artículo 24.- Organización: Las unidades de salud del IESS estarán organizadas zonalmente como empresas públicas, que

se complementarán de acuerdo a una distribución planificada, de conformidad a la situación geográfica y demográfica de los asegurados, organizadas administrativamente con personal bajo su dependencia, con autonomía de gestión, administrativa, financiera y con personalidad jurídica independiente, de conformidad a lo establecido en la ley.

CAPÍTULO V

SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRAL E INTEGRADO

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

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

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

CAPÍTULO VI

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

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

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

El control del prestador de la Red Plural deberá ser notificado a la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, pudiendo suspenderse temporal o definitivamente al prestador que no cumple con las

regulaciones establecidas. La reincidencia será causal de terminación unilateral del convenio o contrato suscrito con el IESS. Si se tratare de prestadores propios se adoptarán las acciones administrativas correspondientes, en similares condiciones que los prestadores externos.

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

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

DISPOSICIONES GENERALES

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

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

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

CUARTA.- La Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar establecerá y fomentará la creación de los centros de atención al usuario y el fortalecimiento de la veeduría ciudadana.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

PRIMERA.- La Dirección del Seguro General de Salud Individual, en coordinación con la Comisión Jurídica, en el plazo de treinta (30) días a partir de la expedición del presente reglamento, presentará al Consejo Directivo a través de la Dirección General el proyecto de nueva estructura orgánica de

dicho seguro, diferenciando las funciones y responsabilidades de aseguramiento y de control de la prestación de servicios de salud.

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

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

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

DISPOSICIONES FINALES

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

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

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

f.) Ramiro González Jaramillo, Presidente Consejo Directivo.

f.) Ing. Felipe Pezo Zúñiga, Miembro Consejo Directivo.

f.) Ab. Luis Idrovo Espinoza, Miembro Consejo Directivo.

f.) Econ. Fernando Guijarro Cabezas, Director General, IESS.

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

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

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL.- Es fiel copia del original.- Lo certifico.- f.) Dr.

MSc. Patricio Arias Lara, Prosecretario Consejo Directivo.-
17 de marzo del 2010.

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

ANEXO RESOLUCIÓN No. C.D. 308

**GUÍA DE REORIENTACIÓN Y
FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS
DE SALUD DE LA SEGURIDAD SOCIAL
EN RED PLURAL**

**GUÍA DE REORIENTACIÓN Y
FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE
SALUD DE LA SEGURIDAD SOCIAL CON
ENFOQUE INDIVIDUAL, FAMILIAR,
COMUNITARIO Y EN RED PLURAL**

1. OBJETIVOS

1.1 Objetivo General:

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

1.2 Objetivos Específicos:

- 1.2.1 Establecer zonas geográficas de adscripción de población beneficiaria definida, acordes con la división político-administrativa del territorio nacional, para el acceso a la red plural de servicios de salud, a través de los prestadores de primer nivel de atención, debidamente calificados/acreditados por el IESS.
- 1.2.2 Identificar la situación de salud y riesgos de los derechohabientes y sus familias por zonas geográficas de adscripción.
- 1.2.3 Normar la cartera de servicios y guías clínicas.
- 1.2.4 Establecer y estandarizar el nivel de complejidad y capacidad resolutoria de todas las unidades médicas del SGSIF y SSC; garantizando la calidad, sin sobreposición de funciones, ni brechas en la atención; con servicios desconcentrados y polivalentes para el funcionamiento en red plural.
- 1.2.5 Establecer el primer nivel como la puerta de entrada obligada a la red plural (prestadores propios y

externos) de servicios de salud, encargada de la síntesis de la información y de la distribución del flujo de referencia y contrarreferencia al resto de niveles de atención.

- 1.2.6 Establecer el flujo adecuado de información integral e integrado de los derechohabientes a través de un sistema digital que integre el sistema de información y la historia clínica única en línea, creando una relación a lo largo del tiempo y del espacio del territorio nacional.
- 1.2.7 Establecer los mecanismos necesarios para implementar el mejoramiento continuo y garantía de la calidad de la atención de salud en los servicios del IESS.
- 1.2.8 Invertir y capacitar al recurso humano del IESS en gerencia de servicios de salud, planificación y pensamiento estratégico, atención médica integral y medicina de familia.
- 1.2.9 Establecer un funcionamiento en red plural, a través de mecanismos de articulación con proveedores públicos, privados sin fines de lucro y privados con fines de lucro (en ese orden) en los territorios sin servicios propios para garantizar la calidad, oportunidad, continuidad y optimización de los recursos.
- 1.2.10 Consolidar la participación social constructiva de los sectores de la comunidad beneficiaria en cada zona geográfica.

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

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

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

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

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

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

Gráfico 1



Fuente: PPT. Tom Horeé, ITM. MHSP07-08 Modificado y traducido al español por (Dr. Damián Gallegos-Lemos) Unidad de Planificación SGSIF.

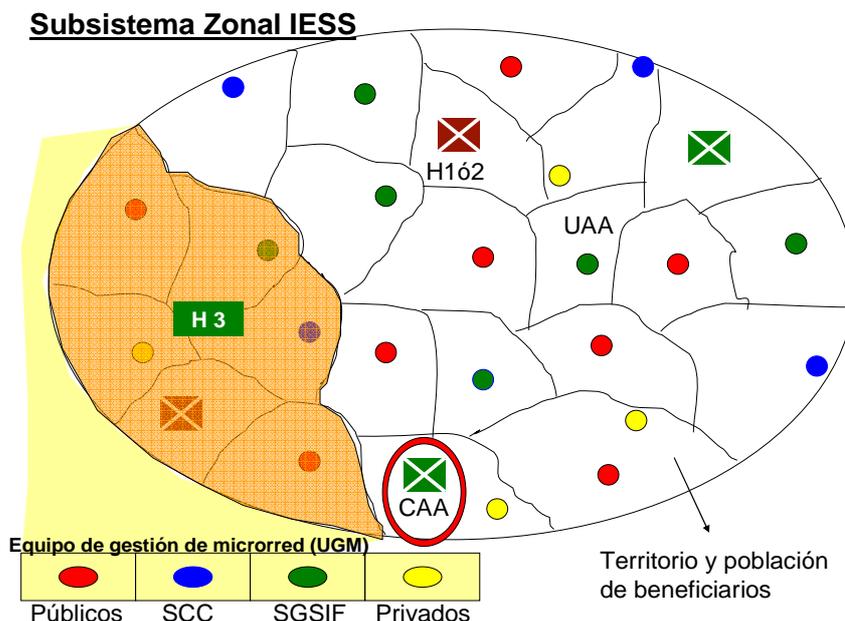
Este modelo se estructurará a través del sistema de servicios de salud del IESS que se dividirá en zonas geográficas de salud con población definida que incluirán a todos los niveles de complejidad, guardando, hasta donde sea posible, la división política administrativa del país de acuerdo con los mandatos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

Las zonas geográficas de salud con población adscrita definida consisten en que, cada una de estas unidades geográficas, estará constituida por uno o varios sectores, y tendrá una población de afiliados y beneficiarios con

derechos. En el funcionará la red plural con las unidades médicas propias y externas. **(Gráfico II)**

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

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



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

3. PRINCIPIOS

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

4. LINEAMIENTOS GENERALES

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

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

disponibilidad garantizada de servicios de salud accesibles, aceptables y de calidad.

Enfoque de Medicina Familiar: Centrado en el usuario su familia y su comunidad, estableciendo una relación acorde al perfil epidemiológico, incluyendo enfermedades agudas y crónicas y considerando el contexto de su situación socio-económica y de las relaciones humanas. El sujeto de la atención dejará de ser exclusivamente el individuo, para dirigirla a la familia y la comunidad.

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

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

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

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

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

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

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

¹ Organización Mundial de la Salud (OMS). 2008

5. OPERACIONALIZACIÓN DE LA REORIENTACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL IESS

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

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

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

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

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

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

Las actividades previstas son:

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

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

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

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

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

En el ASIS se incluirá:

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

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

(Instrumento ASIS ANEXO 2)

5.3 Normar la cartera de servicios y guías clínicas.

El IESS garantiza el derecho del asegurado a recibir atención médica integral, continua e integrada por niveles de complejidad, para cuidar de su salud física y mental; con acciones integrales de promoción y prevención, curativas, de rehabilitación y cuidado paliativo a través del “**Sistema de garantía de la prestación**”, para lo cual se establece un conjunto de prestaciones de salud garantizadas, denominada “**cartera de servicios**”.

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

³ Análisis de Situación de Salud (ASIS) de la población de la ciudad de Buenos Aires – año 2003; Departamento de epidemiología; Dirección General Adjunta de APS; Secretaría de Salud - GCBA; Buenos Aires, diciembre de 2004; http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/epidemiologia/boletines/asis_2003.pdf Consultado: Abril 2009 UP-SGSIF (Dr. Damián Gallegos-Lemos)

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

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

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

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

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

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

En la cartera de servicios se presentan las acciones integrales necesarias por grupo de edad. La construcción de indicadores de esta cartera estarán relacionados con el cumplimiento de metas en cuanto a cobertura, a producción de servicios, a procesos de atención, gestión por resultados, financiamiento y calidad del gasto de las unidades médicas. La cartera de servicios integral y por grupo de edad se denomina "**Programa de Atención Integral a la Salud Individual y Familiar**" (ANEXO 3), se compone de los siguientes subprogramas dirigido por los siguientes grupos de edad en coherencia con las definiciones de la Autoridad Sanitaria Nacional⁴:

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

5.3.3.1 FINALIDAD DE LOS SUB-PROGRAMAS

Contribuir a elevar la calidad de vida, el estado de salud y el grado de satisfacción del afiliado y beneficiarios con derecho, mediante acciones de salud de promoción,

prevención, curación, rehabilitación y acciones sociales, en coordinación con organismos nacionales y locales involucrados en la salud de la población, teniendo como protagonistas a los beneficiarios, la familia y la comunidad en la búsqueda de soluciones locales a sus problemas.

5.3.3.2 VISION DE LOS SUB-PROGRAMAS

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

Objetivo general

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

Objetivos Específicos:

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

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

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

Los protocolos como las guías de práctica clínica se basan en evidencias; en el Ecuador la institución encargada de emitir protocolos es el MSP, su desarrollo aún está en proceso; por lo que se propone el desarrollo de Guías de Práctica Clínica (GPC) institucionales para los requeri-

⁴ Conjunto de prestaciones del Sistema Nacional de Salud – CONASA –Ecuador–Octubre 2007

mientos urgentes del IESS, que proporcionan los criterios convencionales y vigentes que expresen las mejores alternativas y orienten las decisiones médicas, apoyadas en la mejor evidencia científica para una atención de calidad en el IESS y que se podrían llegar a convertir en protocolos, una vez consensados con el MSP y el resto de actores del Sistema Nacional de Salud, para su emisión.

Se articula en este proceso la necesidad de elaborar herramientas que sirvan al médico para tener información

actualizada y con sustento científico, que le permita brindar la mejor atención a los usuarios.

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



Fuente: Adaptado de Guías de Práctica Clínica. Instituto Mexicano de Seguridad Social. 2007

Las GPC deben cumplir ciertas características básicas, para favorecer su implementación e implantación⁵:

Característica	Descripción
Credibilidad	Las guías deben ser desarrolladas por organizaciones o personal de atención a la salud de prestigio reconocido en dicha área y con la mejor evidencia de estudios realizados. Se efectuará un proceso de validación
Validez	Una guía es válida, cuando una vez aplicada, logra el beneficio esperado (en términos de salud del paciente y/o económico)
Reproducibilidad	A partir de la misma evidencia científica y utilizando el mismo método, diferentes expertos llegan a las mismas conclusiones
Representatividad	En el grupo multidisciplinario responsable de la elaboración de las guías se deben reflejar todas las opiniones de los involucrados en los diferentes procesos de atención
Aplicabilidad y Flexibilidad Clínica	La guía debe ser factible de aplicarse y contener elementos básicos que garanticen atención de calidad, permitiendo flexibilidad en su aplicación
Claridad	Se deben evitar ambigüedades e imprecisiones, incluyendo lo referente a la traducción de guías escritas en otro idioma
Fortaleza de las Recomendaciones	La guía debe especificar el nivel de evidencia científica y el grado de solidez de sus recomendaciones
Transparencia	Es indispensable que se especifique el método por el cual se generó la guía, así como los integrantes y organizaciones que participaron en su elaboración
Revisión y Actualización	Es esencial que se defina con qué periodicidad se realizarán las revisiones y actualizaciones

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

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

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

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

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

Dichos prestadores calificados son:

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

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

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

Para garantizar lo anterior se realizará:

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

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

Lo que permitirá establecer:

- **El Diagnóstico Estructural:** para conseguir un cuadro comparativo entre las unidades por región y por tipología con un inventario de sus capacidades técnicas, humanas, de infraestructura y de equipamiento, con la intención de potenciar los recursos de cada zona geográfica/territorio, en relación a:
 - Tipo y ubicación de la unidad.
 - Accesibilidad: vías de comunicación.
 - Caracterización de las unidades y clasificación por complejidad en la zona geográfica/territorio (cálculo de distancias, recursos e infraestructura, equipamiento, sistema informático, etc.).
- **El Diagnóstico funcional:** que identificará en la zona geográfica/territorio el rol real o efectivo de la unidad operativa, independiente de su clasificación administrativa, con énfasis en la función dentro de la red plural a la que pertenece, para lo cual se establecerá:
 - Las brechas con cartera de servicios en el sistema actual.
 - Sistema de referencia contra referencia e identificación de cuellos de botella en la zona geográfica/territorio.
 - Brechas en la atención en niveles de complejidad y entre niveles de complejidad de otros prestadores públicos y privados.
 - La situación de la compra-venta de servicios de la unidad y de la zona geográfica/territorio.
 - Estimación de necesidades (infraestructura, equipamiento y RRHH) y tiempos de cumplimiento.

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

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

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

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

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

SERVICIO	PRIMER NIVEL		II Nivel	III Nivel
	I Nivel Básico	I Nivel de Especialidades y Cirugía de Día		
Seguro Social	D.A U.A.A  	CABEZA DE RED C.A.A 	Hosp. Hosp. Niv. I Niv. II  	Hosp. 3er. nivel 
Seguro Social Campesino	D. SSC 			

NOMENCLATURA DEL GRAFICO III DE LA TIPOLOGIA:

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

Para lo cual será necesario:

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

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

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

IESS y los requerimientos de la población afiliada y de beneficiarios con derecho en el contexto de la red plural por territorio.

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

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

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

afiliado y beneficiarios con derecho para elegir, de manera libre y voluntaria, el prestador de servicios de salud en el primer nivel de atención dentro de un territorio en base a:

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

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

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

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

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

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

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

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

Nivel básico integrado por: Los DA, UAA, y SSC, que tendrán equipos de salud compuestos por: médicos familiares y/o conversión de los generalistas y carrera desde la medicina rural en la seguridad social, enfermeras comunitarias, odontólogos integrales, representantes comunitarios y jubilados. De acuerdo a las necesidades profesionales/población se aumentará el número de profesionales según estándar internacional (OMS) (3:1 generalistas-familiares/especialistas). Referirán hacia los CAA y hospitales de acuerdo a la patología y oportunidad de la atención.

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

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

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

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

5.6 Sistema de Información.

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

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

Existen requisitos previos necesarios para viabilizar este proceso:

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

⁷ Formatos del CONASA

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

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

5.6.2 Redes de información: El sistema de información del SGSIF se establecerá respecto de actividades de promoción, prevención, curación y acciones de asistencia sanitaria para lo cual se usarán guías del Sistema Nacional de Salud para la recolección, procesamiento y análisis de la información en los diferentes ámbitos de acción: Atención clínica individual y de grupos, planificación, gestión de servicios de salud, parámetros de evaluación control de calidad, formación, investigación⁹. El proceso se iniciará con áreas geográficas/territorios pilotos para su posterior aplicación a nivel nacional.

- **Gestión de información Clínica.**

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

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

- **Gestión de información epidemiológica**

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

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

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

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

5.7 Mejoramiento continuo de la calidad.

Es de trascendental importancia hacer notar que, sin hacer referencia al concepto de capital social, que incluye al personal de salud y al de apoyo administrativo, este queda

implícito en todo el documento al basarse todos los lineamientos en el fortalecimiento de éste valor.

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

5.7.1 Mejoramiento continuo de la calidad en las unidad médica

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

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

Incluye:

- La operativización de los planes operativos anuales.
- La articulación de la programación (POA) con la presupuestación.
- La medición de costos.
- La facturación obligatoria.
- El monitoreo y evaluación trimestral de los compromisos de gestión, valorando el cumplimiento de los indicadores y metas físicas y financieras. Elaboración de estadísticas, siendo responsables de este proceso las jefaturas y subdirecciones del SGSIF, que consolidarán la información y prepararán intervenciones de fomento, regulación y control de la calidad en los procesos de gestión de los servicios, en concordancia con los lineamientos generales propuestos y consensuados por la DSGSIF.
- La definición de perfiles para cargos técnicos y de dirección con énfasis en la gestión de los servicios de salud, que deberán asignarse por concurso de oposición y merecimiento en las unidades de salud prestadoras propias de la Seguridad Social.
- El levantamiento de procesos para la gestión de los servicios de salud y de apoyo administrativo para las unidades de salud prestadoras propias de la Seguridad Social.
- La formulación y revisión periódica de guías de práctica clínica y terapéutica basada en evidencia científica y el estado del arte de la práctica médica.

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

- Un sistema de capacitación continuada en gestión y gerencia de servicios de salud y en gestión clínica para el recurso humano de las unidades de salud prestadoras propias de la Seguridad Social, financiado (parcial o totalmente, según merecimiento de el/la funcionaria) y coordinado con instituciones académicas.
- Establecer mecanismos de gestión desconcentrados de los servicios de salud, para las unidades de salud prestadoras propias de la Seguridad Social, que le garanticen funcionar eficientemente.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Programa de formación de RRHH de salud en competencias técnicas y gerenciales en servicio.- Capacitación y formación de los recursos humanos en gestión de servicios de salud, donde la DSGSIF en coordinación con el Instituto de Capacitación e Investigación de la Seguridad Social Ecuatoriana (ICISSE) facilitarán y organizarán capacitaciones para el personal que muestre interés en esta área; los estudios serán en línea y

mediante tutorías, en convenio con las universidades (convenios marco) nacionales e internacionales para garantizar la calidad y el cumplimiento de los requisitos académicos.

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

5.8.4 Elaboración del sistema de incentivos de capacitación

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

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

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

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

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

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

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

Sustento Teórico.- “Durante las últimas dos décadas se han producido profundos cambios organizacionales en los mecanismos de financiamiento y en los modelos asistenciales en gran parte de los sistemas de salud. En términos generales, este proceso ha sido caracterizado como una tendencia de cambio desde el modelo tradicional, con una fuerte fragmentación de la organización de los procesos de atención médica hacia un nuevo modelo de atención, en

donde la innovación más relevante está vinculada con el desarrollo de nuevos mecanismos de coordinación entre las unidades de producción, las redes.

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

La organización de redes plurales de servicios de salud necesita una comprensión de lo que significa construcción de redes. Las redes implican vínculos: se parte de una

lógica de interconexión, relación, conexión de personas - instituciones que con sus potencialidades y debilidades se conjuntan en torno a objetivos - acuerdos comunes.

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

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

Nivel	Acciones	Valor	Dispositivos/Instrumentos
5. Asociarse	Compartir objetivos y proyectos	Confianza	<ul style="list-style-type: none"> • Encuentros • Contactos frecuentes • Lista y grupos de interés • Cartera de contactos • Mesas de acuerdo • Sistema de monitoreo de acuerdos • Visión como producto grupal • Planeación estratégica y participativa • Mediación • Gestión operativa de redes • Liderazgos rotativos • Mapas de actores • Publicaciones materiales de difusión • Detección y reforzamiento de personas-clave: conexiones arriba y abajo • Promoviendo cohesión: unidad en la diversidad
4. Cooperar	Compartir actividades y/o recursos	Solidaridad	
3. Colaborar	Prestar ayuda esporádica	Reciprocidad (R-CR) complementariedad	
2. Conocer	Conocimiento de lo que el otro es o hace	Interés	
1. Reconocer	Destinadas a reconocer que el otro existe	Aceptación	

Fuente: Rovere, 1999

Estos niveles de construcción se constituyen en una matriz para la organización de las redes plurales de servicios de salud en un espacio población, e implica establecer que las redes es el instrumento para la organización de la provisión de servicios de salud lo que implica relaciones con las instancias e instituciones financieras y reguladoras tanto a nivel provincial como nacional¹¹.

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

• Proceso de construcción de la red plural

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

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

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

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

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

- Modalidad de gobierno/coordinación adoptada por el operador público en relación con el grupo o sistema multi hospitalario plural, operante en las áreas urbanas.
- Estímulos competitivos introducidos en cada realidad.

¹⁰ Rovre. 1999.

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

¹² Resolución XV, Consejo directivo de la OPS.

- Rol jugado por los sistemas de primer nivel y grupos hospitalarios públicos en la redefinición del modelo de oferta de servicios sanitarios en función de la consolidación de la lógica de trabajo en red plural.

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

En ese entorno las intervenciones estarán dirigidas a:

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

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

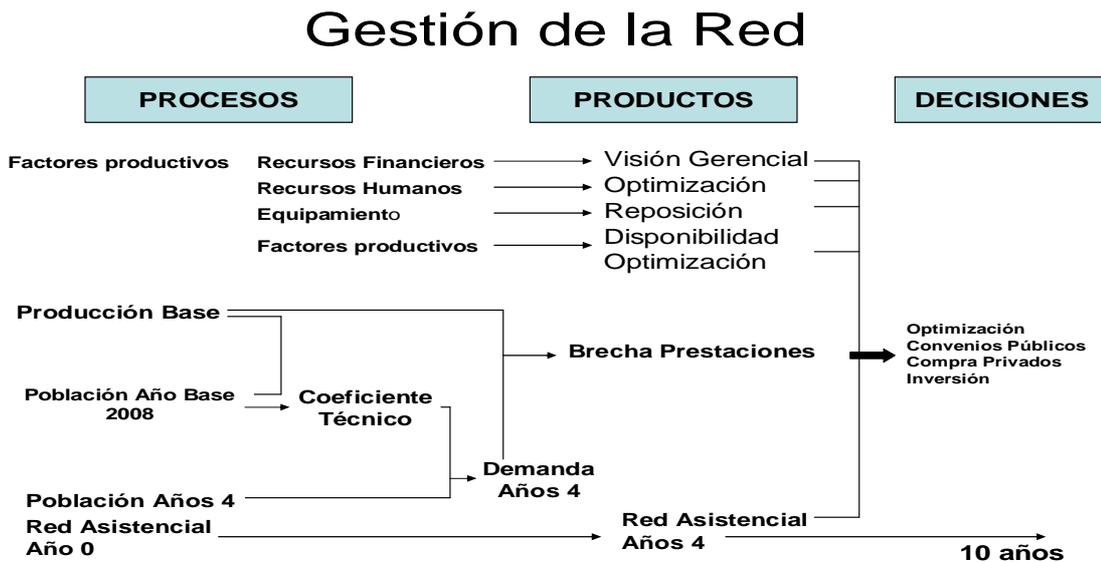
- **Construir voluntad política.** Esto requiere dar respuestas a las preocupaciones políticas y técnicas. Percibir la posición ideológica de los gobernantes y convencer a la gente que sostiene a los políticos en sus funciones, demostrando la viabilidad técnica del proyecto y sus ventajas en términos comprensibles y medibles. (Fortalecer las redes locales y nacionales).
- **Poner acento en la convergencia.** Esto es no plantearse la integración de los sistemas de implementación sino responder a las necesidades de la población de manera integral. (Ligarnos y compartir experiencias).

- **Hacer que la planificación sea un proceso colaborativo.**
- **Enfocar los esfuerzos inicialmente** para luego agregar otros componentes de acuerdo a un plan gradual y progresivo.
- **No encomendar la coordinación a organismos especializados** involucrados con un sector de los actores participantes.
- **Crear actividades Inter-organizacionales** aunque la toma de decisiones siga siendo vertical en cada parte interviniente. (Grupo de coordinación interinstitucional).
- **Reforzar la organización y responsabilidad comunitaria** para fortalecer la coordinación local del proceso.
- **Apoyar proyectos en:** capacitar al recurso humano, investigación, diagnóstico, planificación, ejecución, evaluación, teorización, retroalimentación y divulgación.

- **Gestión de la red desde el primer nivel**

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

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



Adaptado de: Astorga, I.; División de Inversiones y desarrollo de la red asistencial "Guía metodológica Estudios de red asistencial regionales" MINSAL Chile Octubre, 1997

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

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

5.9.2 Sistema informatizado integral e integrado de Referencia - Contrarreferencia.

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

Los hospitales de segundo y tercer nivel de cada red plural, aceptarán las referencias enviadas desde las unidades de primer nivel de forma territorializada. Una vez resuelto el evento tendrán la obligación de remitir la contra-referencia a la unidad correspondiente del primer nivel y/o a la unidad que originó la referencia.

Para lo cual se definen los aspectos estructurales para desarrollar:

1. Elaborar el mapa de referencia estableciendo vías de acceso a los servicios de salud en la atención de primer nivel por territorio (responsabilidad del primer nivel).
2. Elaborar el mapa de contrarreferencia con las redes articuladas por niveles de mayor complejidad y con otras redes especializadas de ambulancias, emergencias, atención especializada como el servicio de diálisis, atención de enfermedades oncológicas y catastróficas, etc.
3. Establecer un sistema de identificación de las prestaciones "trazadoras" que permitirán establecer el recorrido de la red plural y detectar cuellos de botella para agilizar los procesos y la fluidez de la información. i.e. Emergencias, partos, consultas de especialidad, cirugías mayores, hospitalizaciones, exámenes de gabinete y de imagen¹⁴

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

Para lo cual se definen los aspectos funcionales:

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

El triaje determinará la gravedad de los pacientes diferenciando los que deben ser ingresados por emergencia a los hospitales II y III de los que deben ser

atendidos en menos de 48 horas en las unidades de atención ambulatoria.

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

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

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

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

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

5.9.3 Portabilidad

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

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

Se promoverá la coordinación del sector público, a través del establecimiento de microrredes pluri-institucionales de prestadores y gestión conjunta de las mismas; para lo que

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

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

se establecerán convenios para el funcionamiento, en donde se definan las responsabilidades y compromisos de las unidades del IESS dentro de la red plural territorial.

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

Para lograr:

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

pasantía de capacitación en el hospital de referencia, equipos inter-nivel, etc.).

- Desarrollo de mecanismos de participación social en las microrredes plurales.
- Cálculo del índice de accesibilidad de unidades propias y externas.

5.10 Reforzar y consolidar los mecanismos de Participación Social.

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

Para lo cual es necesario:

- La creación de los comités de usuarios y para veeduría ciudadana para el control de la calidad de las prestaciones de salud. (Facilitación Sb. Aseguramiento a través de seguimiento de los indicadores de calidad).
- La coordinación con los grupos ya formados, clubes del adulto mayor y club de crónicos. (Organización democrática de los derechohabientes).
- La creación del centro de atención al usuario donde se dará trámite a las quejas y sugerencias de los derechohabientes, para los procesos constructivos de mejoramiento acorde a cada contexto.

5.11 Cronograma de implementación.-

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

ANEXO 1

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

	UNIDAD MÉDICA	Población afiliada según estadística 2008	Total de Población Afiliados, pensionistas y SSC (23.5% que se atiende en el SGSIF) 2009
R1	Pichincha, Esmeraldas y Santo Domingo	649.109	784.668
	Hospital III Carlos Andrade Marín	245.600	296.891
	Hospital II Esmeraldas	25.088	30.327
	CAA Sto. Domingo de los Colorados	29.493	35.652
	CAA Chimbacalle	65.100	78.695
	CAA Batán	68.336	82.607
	CAA Cotacollao	72.855	88.070

	UNIDAD MÉDICA	Población afiliada según estadística 2008	Total de Población Afiliados, pensionistas y SSC (23.5% que se atiende en el SGSIF) 2009
	CAA Suroccidental	24.340	29.423
	CAA Central	92.965	112.380
	UAA San Juan	1.833	2.216
	UAA La Ecuatoriana	1.126	1.361
	UAA Sangolquí	12.195	14.742
	UAA San Lorenzo	1.446	1.748
	UAA Amaguaña	1.712	2.070
	UAA Cayambe	3.819	4.617
	UAA Tabacundo	3.201	3.869
R2	Guayas, Los Ríos, Galápagos y Santa Elena	435.044	525.898
	Hospital III Teodoro Maldonado Carbo	92.877	112.273
	Hospital II Babahoyo	22.957	27.751
	Hospital I Durán	28.588	34.558
	Hospital I Ancón	12.877	15.566
	Hospital I Milagro	19.499	23.571
	CAA Sur Valdivia	52.995	64.062
	CAA Quevedo	8.681	10.494
	CAA Norte-Tarqui	51.372	62.100
	CAA La Libertad	9.243	11.173
	CAA Central	36.068	43.600
	CAA Letamendi	33.862	40.934
	CAA Chile	51.886	62.722
	UAA Ventanas	1.814	2.193
	UAA Bucal	2.306	2.788
	UAA El Empalme	1.682	2.033
	UAA Vinces	1.434	1.733
	UAA Daule	2.784	3.365
	UAA Balzar	1.079	1.304
	UAA San Cristobal/ P. Baquerizo	1.709	2.066
	UAA Santa Cruz/P. Ayora	1.331	1.609
R3	Azuay, Cañar y Morona Santiago	97.638	118.029
	Hospital III José Carrasco Arteaga	44.117	53.330
	CAA Central Cuenca	29.045	35.111
	CAA Azoguez	9.827	11.879
	CAA La Troncal	4.658	5.631
	UAA Cañar	4.902	5.926
	UAA Macas	3.155	3.814
	UAA Sucúa	1.934	2.338
R4	Tungurahua, Cotopaxi, Napo y Pastaza	104.315	126.100
	Hospital II Latacunga	28.475	34.422
	Hospital I Puyo	6.651	8.040
	Hospital II Ambato	60.079	72.626
	CAA Baños	4.192	5.067
	UAA Pillaro	1.018	1.231
	UAA El Tena	3.900	4.714

	UNIDAD MÉDICA	Población afiliada según estadística 2008	Total de Población Afiliados, pensionistas y SSC (23.5% que se atiende en el SGSIF) 2009
R5	Chimborazo y Bolívar	51.680	62.473
	Hospital II Riobamba	33.494	40.489
	Hospital I Guaranda	8.451	10.216
	CAA Alausí	2.641	3.193
	UAA Parque Industrial	1.794	2.169
	UAA San Miguel de Bolívar	4.367	5.279
	UAA Chunchi	933	1.128
R6	MANABI	103.320	124.897
	Hospital II Portoviejo	20.119	24.321
	Hospital II Manta	40.650	49.139
	Hospital I Chone	17.896	21.633
	CAA Bahía de Caráquez	3.268	3.950
	CAA Jipijapa	7.554	9.132
	UAA Paján	2.246	2.715
	UAA Los Esteros - Manta	1.675	2.025
	UAA Portoviejo 630731	5.912	7.147
	UAA Calceta	2.632	3.182
	UAA El Carmen	1.368	1.654
R7	Loja y Zamora Chinchipe	54.138	65.444
	Hospital II Manuel Ignacio Monteros	19.396	23.447
	CAA Loja	16.048	19.399
	UAA Zamora	4.906	5.931
	UAA Cariamanga	5.323	6.435
	UAA Celica	2.000	2.418
	UAA Macará	6.465	7.815
R8	Imbabura, Carchi, Sucumbíos y Orellana	57.948	70.050
	Hospital II Ibarra	23.529	28.443
	CAA Tulcán	7.192	8.694
	CAA Otavalo	7.645	9.242
	CAA Nueva Loja	7.304	8.829
	UAA Cotacachi	1.993	2.409
	UAA Atuntaqui	2.676	3.235
	UAA El Angel	1.031	1.246
	UAA San Gabriel	2.129	2.574
	UAA El Coca	4.449	5.378
R9	El Oro	33.648	40.675
	Hospital II Machala	20.410	24.672
	UAA Zaruma	3.139	3.795
	UAA Portovelo	1.580	1.910
	UAA Piñas	1.760	2.128
	UAA Santa Rosa	2.956	3.573
	UAA Pasaje	2.479	2.997
	UAA Huaquillas	1.324	1.601
	TOTAL	1.586.840	1.918.234

ANEXO 2

INSTRUMENTO ASIS
Análisis de Situación de Salud¹⁶

I. INTRODUCCION

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

La situación de salud es la descripción y explicación de la realidad sanitaria por parte de un actor social y no es independiente de quien y desde cual posición describe y explica; por lo que se plantea como fundamental la participación de los actores sociales más relevantes del territorio en este proceso; por esta razón, la importancia de una conceptualización clara del proceso salud-enfermedad, de sus determinantes tanto para el análisis como para la definición, implementación y evaluación de las intervenciones en salud¹⁷.

II. OBJETIVOS

2.1 GENERAL:

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

2.2. ESPECIFICOS:

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

III. COMPONENTES

3.1 Análisis de la demanda

3.1.1 Caracterización del espacio-población (territorio).

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

a. ASPECTOS FISICO/GEOGRAFICOS:

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

b. ASPECTOS SOCIO/ECONOMICOS:

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

c. PERFIL DEMOGRAFICO:

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

d. ASPECTOS HIGIENICO SANITARIOS:

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

e. PROCESO SALUD ENFERMEDAD:

- Análisis de la morbilidad:
 - Consulta externa: causas y procedencia.
 - Hospitalización: causas y procedencia.
 - Emergencia: causas y procedencia.
- Análisis de la mortalidad:
 - Mortalidad Perinatal.
 - Mortalidad Materna.
 - Mortalidad Infantil.
 - Mortalidad x grupos de edad.
 - Muertes hospitalarias: mayor de 48 h y menor de 48 h.
 - Letalidad por servicio.
 - Primeras causas de muerte.
- Enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica.
- Principales riesgos para la salud.

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

¹⁷ Entendida como política, estrategia, programa o proyecto.

3.2 Análisis de la oferta.

- Unidades de medicina tradicional y/o alternativa.

3.2.1 Caracterización de los recursos en el territorio.

a. Establecimientos de salud en el territorio:

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

	Tipo de establecimiento	Tipo de Actividad	Cartera de servicios	Parroquia

- Unidades de salud privadas sin fines de lucro:

	Tipo de establecimiento	Tipo de Actividad	Cartera de servicios	Parroquia

- Unidades de salud privadas con fines de lucro:

	Tipo de establecimiento	Tipo de Actividad	Cartera de servicios	Parroquia

3.2.2 Unidad Médica del SGSIF (ANEXO 5)

Financiamiento y gasto:

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

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

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

Actores sociales	Relevancia territorio			Capacidades	Intenciones	Afinidades
	+++	++	+			

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

3.4 Identificación de problemas de la Unidad Médica del SGSIF:

En base a los datos obtenidos resumen:

3.4.1 A nivel del estado de salud (sanitario).

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

3.4.2 A nivel de la gestión.

3.4.3 A nivel de la inversión.

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

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

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

	PROBLEMAS	CRITERIOS					PUNTOS	PRIORIZACION
		Magnitud	Trascendencia	Costo	Vulnerabilidad		ORDEN	

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

3.8 Identificación de nudos críticos.

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

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

3.9 Análisis FODA.

3.9.1 Análisis externo

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

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

OPORTUNIDADES					TOTAL/ 30
PERSPECTIVA	DESCRIPCIÓN	URGENCIA	TENDENCIA	IMPACTO	
FINANCIERA					
CLIENTES					
PROCESOS INTERNOS					
INNOVACIÓN Y APRENDIZAJE					
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

AMENAZAS					TOTAL/ 30
PERSPECTIVA	DESCRIPCIÓN	URGENCIA	TENDENCIA	IMPACTO	
FINANCIERA					
CLIENTES					
PROCESOS INTERNOS					
INNOVACIÓN Y APRENDIZAJE					
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

3.9.2 Análisis interno

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

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

FORTALEZAS					TOTAL/ 30
PERSPECTIVA		URGENCIA	TENDENCIA	IMPACTO	
FINANCIERA					
CLIENTES					
PROCESOS INTERNOS					
INNOVACIÓN Y APRENDIZAJE					
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

DEBILIDADES					TOTAL/ 30
PERSPECTIVA	DESCRIPCIÓN	URGENCIA	TENDENCIA	IMPACTO	
FINANCIERA					
CLIENTES					
PROCESOS INTERNOS					
INNOVACIÓN Y APRENDIZAJE					

1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

- Con las 8 oportunidades, amenazas, fortalezas y debilidades prioritarias llenar la matriz FODA, estos factores son los que tienen alto impacto y que se consideran importantes para la operación total de la organización y el logro de la misión y visión.

RESUMEN MATRIZ FODA

ENTORNO (MEDIO EXTERNO)

	1		2
	OPORTUNIDADES		AMENAZAS
1		1	
2		2	
3		3	
4		4	
5		5	
6		6	
7		7	
8		8	

ENTORNO (MEDIO INTERNO)

	3		4
	FORTALEZAS		DEBILIDADES
1		1	
2		2	
3		3	
4		4	
5		5	
6		6	
7		7	
8		8	

IV. SINTESIS DEL ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD.

- 4.1 Análisis de la demanda.
- 4.2 Análisis de la oferta.
- 4.3 Identificación de problemas y riesgos.

ANEXO 3

I. CONJUNTO DE PRESTACIONES DE PRIMER NIVEL:

I. PRESTACIONES COLECTIVAS		
1.	PROMOCIÓN: GRUPOS DE FAMILIAS DE AFILIADOS	
1.1	Intervención sobre hábitos - comportamientos saludables:	/NORMA
1.1.1	Educación alimentaria y nutricional	Talleres dos veces al año al mismo grupo de afiliados de empresas, instituciones públicas y/o madres de acuerdo a programación
1.1.2	Higiene buco-dental	Talleres dos veces al año al mismo grupo de edad de acuerdo a programación en empresas
1.1.3	Comportamientos favorables para el no uso indebido de drogas, alcohol, etc.	Afiches/periódicos murales, casas abiertas, jornadas de acuerdo a programación
1.1.4	Salud sexual y reproductiva:	
a.	Importancia del control prenatal y del parto por personal calificado, fomento de la lactancia materna y promoción del servicio	1 Taller trimestral de acuerdo a programación en empresas
b.	Educación para la vida sexual y reproductiva: embarazo, maternidad y paternidad	Afiches/periódicos murales, casas abiertas, jornadas en empresas de acuerdo a programación. Al menos 1 vez al año
c.	Adaptación física, sexual, afectiva y mental para la adolescencia (cuando exista cobertura)	Afiches/periódicos murales, casas abiertas, jornadas + socio dramas + club de madres de acuerdo a programación. Al menos 1 vez al año
1.1.5	Salud infantil: importancia del control de crecimiento y desarrollo, cuidados individuales en la infancia, puericultura	IDEM (c)
1.1.6	Aceptación e intervención en discapacidades y sus factores de riesgo y estímulo de factores protectores	Formación e intervención de al menos un grupo de discapacitados anual
1.1.7	Promoción de la actividad física	Ejercicio programado y permanente en adultos mayores a través de los clubes u otros espacios de interacción
1.1.8	Salud mental como fomentar la auto-estima y toma de decisiones	Taller trimestral de acuerdo a programación
1.1.9	Estilos de vida saludables:	
	Educación o aprendizaje de buenas prácticas individuales en medios: escolar, trabajo, consumo, recreación y uso de tiempo libre, relaciones con el otro, higiene.	Taller trimestral
	Buenas prácticas individuales para una edad adulta saludable	Taller trimestral
	Fomento de talleres de desarrollo personal	Taller trimestral
1.1.10	Medidas de seguridad para prevención del maltrato y violencia	Según normas establecidas, taller trimestral
1.2	Participación ciudadana en salud	
1.2.1	Promoción de la formación y desarrollo de coordinación interinstitucional y con la ciudadanía/comités/otros de acuerdo a realidad local	De acuerdo a territorio y realidad local y/o proceso definido para concretar control y veeduría social del SGSIF
1.2.2	Identificación de recursos comunitarios disponibles y de grupos familiares en territorios de concentración de derecho habientes	Al menos dos veces al año para validar plan estratégico, etc.
1.2.3	Identificación de asistentes comunitarios para relación con la familia de los afiliados	IDEM
1.2.4	Identificación y coordinación de redes de servicios de salud y redes sociales	Al menos 2 veces x año con grupos de ayuda, gremios, redes de soporte, grupos de afiliados o grupos de pacientes
2.	PREVENCIÓN COLECTIVA	
2.1	Visitas de Salud familiar Integral: fomento de casa limpia e identificación de riesgo familiar sobre:	NORMA Al menos 1-2 por día UM con enfoque de riesgo, llenado de ficha familiar, test de morbilidad y calidad de vida, familiograma, test psicoafectivos y sociales
2.1.1.	Diagnóstico y atención de tabaquismo	En cada visita revisión de instrumentos de ficha.
2.1.2	Diagnóstico y atención del consumo de alcohol	En cada visita

2.	PREVENCIÓN COLECTIVA	NORMA
2.1.3	Detección de malos tratos y violencia	En cada visita
2.1.4	Identificación con patrones educativos a sus hijos	En cada visita
2.1.5	Identificación de crisis normativas y para normativas a lo largo del ciclo vital	En cada visita
2.2	Planes de contingencia y evacuación en desastres naturales y/o emergencias químicas	Difusión y simulacro 1 vez al año
2.3	Asesoramiento preventivo, apoyo técnico, psicológico y social a familia y a usuarios adultos mayores y población general por ciclo vital en situaciones de crisis	Según riesgo establecido y de acuerdo normas

II. PRESTACIONES INDIVIDUALES POR CICLO DE VIDA		
1.	Prevención individual ¹⁸ :	
1.1	R.N en el parto	NORMA
a.	Atención de recién nacidos/as, medición de APGAR, detección riesgo (asfixia, prematuridad, SDR, sepsis, bajo peso)	Según normas MSP
b.	Consejería para cuidado básico, estimulación a niños con y sin alto riesgo e indicación sobre lactancia materna exclusiva hasta el 6to. mes	En alta y en cada pre y post consulta
c.	TSH, glucosa, grupo, factor, bilirrubinas.	Al nacer según norma
1.2	R.N	NORMA
a.	Consulta a RN: Consejería para cuidado básico, estimulación a niños con y sin alto riesgo e indicación sobre lactancia materna exclusiva hasta el 6to. mes	Consulta temprana al RN y referencia de RN complicados
b.	Inmunizaciones	BCG: Al recién nacido (1)
1.3	Control del < 1 año	
a.	Consulta de crecimiento y desarrollo, estado nutricional, detección de riesgo de valoración visual y auditiva y displasia evolutiva de cadera (incluye prevención del maltrato)	Al menos 6 consultas: Valoración del estado nutricional, crecimiento, desarrollo psicomotor y estado de salud; referencia casos problema
b.	Consejería sobre temas de salud y de prevención de la enfermedad	En cada pre y post consulta
c.	Complementación alimentaria	Complemento alimentario de acuerdo con norma vigente
d.	Suplementación con hierro y Vit. A	Suplementación hierro mensual y Vit. A semestral
e.	Inmunizaciones	Según normas MSP : Polio: 3 dosis Pentavalente: 3 dosis Rotavirus: 2 dosis Neumococo: 3 dosis más refuerzo
f.	Consejería a padres de niños con riesgo	Según normas MSP
1.4	Control del 1 a 5 años:	
1.4.1	Consulta crecimiento y desarrollo, estado nutricional, detección riesgo de valoración visual y auditiva, pie plano (incluye prevención del maltrato)	Mínimo 3 anual hasta los dos años. 2 controles anuales de 2 hasta los 5 años: Referencia de casos problemas
a.	Consejería	En cada preconsulta
b.	Complementación alimentaria	Según norma vigente
c.	Tratamiento antiparasitaria	1 vez al año
d.	Inmunizaciones	SRP: primera dosis a 12 meses y segunda dosis edad escolar Refuerzo de DPT Refuerzo polio
e.	Consejería a padres de niños con riesgo	Según normas
f.	Inspección bucal	1 vez al año
g.	Aplicaciones tópicas con flúor, profilaxis y sellantes	2 veces al año/individuo
h.	Prevención del maltrato, accidentes y discapacidades	Aplicación de instrumentos para prevención y auxilio del niño maltratado y otras normas relacionadas
i.	Detección febriles no vesiculares	Según norma

¹⁸ Se utiliza las normas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

1.5	Niños/as de 5 a 10 años	NORMA
1.5.1	Control de crecimiento y desarrollo, y estado nutricional, prevención de patología alimentaria.	1 Consulta anual
a.	Consejería	En cada pre y posconsulta
b.	Inmunizaciones	DT: 2 dosis
c.	Valoración de agudeza visual y auditiva	Según riesgo, 1 vez por año
1.5.2	Otras prestaciones preventivas en escolares	
a.	Detección y notificación obligatoria de enfermedades infecto-contagiosas y endémicas	Según normas MSP (vigilancia epidemiológico)
b.	Detección de discapacidades	1 vez año
c.	Prevención y detección del maltrato	1 vez cada año y focalizar población de riesgo
d.	Tratamiento antiparasitario	Según norma 1 al año
e.	Detección de sintomáticos febriles	Según normas
f.	Prevención de patología alimentaria	Según normas
g.	Topicaciones con flúor, profilaxis y sellantes	3 veces por año
1.6	Adolescente de 10 - 19 años: (cuando se defina mecanismo de cobertura universal)	
1.6.1	Consulta de atención integral al adolescente (1)	1 Consulta anual y conserjería
a.	Entrego de ácido fólico y hierro en adolescentes	
b.	Inmunizaciones	DT: 1 vez Hepatitis B en territorios de riesgo Sarampión + rubéola (1), > 16 años sólo si no ha recibido vacuna
c.	Valoración de agudeza visual y auditiva	Al menos una vez por año
d.	Antiparasitaria	Según norma MSP
1.6.2	Otras prestaciones preventivas	
a.	Detección de sintomáticos respiratorios BAAR SR 15 (3)	Según riesgo
b.	Detección de sintomáticos febriles	Según riesgo
c.	Prevención patología alimentaria (anorexia, bulimia, obesidad)	Según riesgo
d.	Detección del maltrato	Según riesgo
e.	Atención odontológica preventiva (enjuagues con flúor)	Según riesgo
f.	Topicaciones con flúor, profilaxis y sellantes	Aplicaciones tópicas de flúor y profilaxis al menos 2 veces/año
g.	Prevención sobre uso de sustancias psico-estimulantes (alcohol, tabaco, salud sexual y reproductiva, maltrato, violencia. etc.)	1 vez cada tres meses (4 veces al año)
1.6.3	Inspección bucal	1 vez al año
1.7	Mujeres en edad fértil -MEF	NORMA
1.7.1	Control prenatal sin riesgo. Inscripción antes de 12 semanas de gestación y controles subsecuentes a embarazada incluye:	5 controles mínimo, al menos 1 antes de las 12 semanas
a.	Clasificación de riesgo obstétrico	Valoración en cada consulta (5)
b.	Valoración e interpretación del estado nutricional - ganancia peso materno	Valoración en cada consulta (5)
c.	Indicación de exámenes de laboratorio según protocolos	Valoración en cada consulta (5)
d.	Consejería a la embarazada	Pre y postconsulta (5)
e.	Detección de riesgos por exámenes de laboratorio clínico	1 examen de laboratorio básico (incluye biometría hemática-Hb, Ht-, parcial de orina) 1 grupo sanguíneo 1 VDRL 1 VIH 1 PAP Test si se capta antes de las 20 semanas Toxoplasmosis
f.	Inmunización	TT o (DT): dos dosis y refuerzo (3)
g.	Entrega de hierro y ácido fólico	Con cada consulta (5)
h.	Atención odontológica preventiva a embarazada: consejería, inspección bucal, higiene bucal y profilaxis	Prof. 2 veces al año/gestantes
i.	Entrega de alimentos a las embarazadas de bajo peso (Mi bebida)	Según norma

1.7.2	Atención Integral post parto	NORMA
a.	Consulta de atención puerperal según protocolo establecido y referencia a planificación familiar	1 consulta entre la 1s- 6s y otra según necesidad antes de los 6 meses
b.	Entrega de hierro y ácido fólico	x 2 meses
c.	Detección oportuna y referencia de morbilidad puerperal y visita de control	1 visita y 1 subsecuentes
1.7.3	Atención a la mujer en edad fértil	NORMA
1.7.3.1	Detección oportuna de cáncer (toma de muestra y lectura de citología vaginal)	1 PAP TEST según normas
1.7.3.2	Inscripción y control subsecuente en Planificación Familiar	1 vez cada seis meses (2 veces al año)
a.	Consejería en la corresponsabilidad y espaciamiento de hijos	post-consulta
b.	Examen físico	En cada consulta
c.	Referencia a métodos permanentes	Depende de decisión pareja
d.	Fomento del auto examen de mama	Preconsulta de todas las consultas de MEF
1.7.3.3	Inmunizaciones mujeres en la edad fértil con TT en zonas endémicas y a grupos en riesgo	TT: 2 dosis y/o refuerzo a las MEF de zonas de riesgo para tétanos neonatal
1.7.3.4	Entrega de anticonceptivos apropiados según caso (elección usuario/a)	Entrega de anticonceptivos orales Entrega de anticonceptivos parenterales Entrega de anticonceptivos condón
1.7.3.5	Detección, seguimiento, trat. y referencia a pacientes con riesgo de aborto, abortos en curso y complicaciones	1 vez cada tres meses (4 veces al año) y referencia si necesario
1.7.3.6	Detección seguimiento y tratamiento de ITS y referencia	Según normas
1.7.3.7	Detección de sintomáticos respiratorios	Según normas
1.7.3.8	Detección de sintomáticos febriles	Según normas
1.7.3.9	Detección oportuna de cáncer mama (examen de cuadrantes)	En mujeres: 1 vez cada año en mayores de 30 años según guías clínica/protocolo
1.7.3.10	Inspección bucal	1 vez al año
1.8	Chequeo preventivo del adulto de 20 hasta 49 años)	NORMA
1.8.1	Consulta médica	1 vez al año, tamizaje, detección de riesgos nutricional, cardiovascular, cáncer de próstata, mama, estómago, tamizaje depresión, discapacidades según norma/guía clínica/protocolo
1.8.2	Inmunización	Neumococo según riesgo Td cada 10 años Influenza según riesgo
1.8.3	Suplemento de Calcio y Vitamina D	Según riesgo
1.8.4	Tamizaje Valoración Auditiva	Cada año a partir de los 40 años
1.8.5	Tamizaje Valoración Visual	Cada año
1.8.6	Detección de sintomáticos respiratorios	BAAR (2), según normas
1.8.7	Detección de sintomáticos febriles	Según normas
1.8.8	Detección temprana de enfermedades crónicas y riesgo cardiovascular	Según normas
a.	Hematocrito	Cada año según riesgo
b.	Glicemia/curva de tolerancia	Cada año según riesgo
c.	Creatinina	Cada año según riesgo
d.	TSH	Cada año según riesgo
e.	Sangre oculta en heces	Cada año según riesgo
f.	Antígeno Prostático Específico	Cada año según riesgo
g.	Biopsias	Según riesgo
h.	Endoscopia	Según riesgo
i.	Citología vaginal	Cada 3 años con VSA; o hasta que se logren 3 tomas negativas sin VSA negativas
j.	Mamografía	Según norma después de 40 años
1.8.9	Detección, notificación y referencia de enfermedades de transmisión sexual: gonorrea, sífilis y VIH	Prueba rápida de VIH, según norma y consentimiento
1.8.10	Vigilancia de la salud mental	1 vez cada cuatro meses (3 veces al año) (< 50 años)
1.8.11	Profilaxis dental: inspección bucal, limpieza, protección con flúor	1 veces al año/paciente 15%

1.8	Chequeo preventivo del adulto de 20 hasta 49 años)	NORMA
1.8.12	Prevención de riesgos físicos relacionados con el trabajo	Ergonomía laboral
1.8.13	Detección temprana de enfermedades en pacientes institucionalizados	Según norma
1.8.14	Detección de riesgo de drogodependencia	Aplicando examen de riesgos
1.9	Chequeo preventivo del adulto de 50 hasta 64 años)	NORMA
1.9.1	Consulta médica	1 vez al año, tamizaje, detección de riesgos nutricional, cardiovascular, cáncer de próstata, mama, estomago, tamizaje depresión, discapacidades según norma
1.9.2	Consejería a las personas y a la familia	En cada consulta
1.9.3	Detección de riesgo nutricional	2 Consulta anual
1.9.4	Detección oportuna de cáncer próstata	1 vez al año Según guía clínica
1.9.5	Tamizaje Depresión	Cada año
1.9.6	Examen de Mamas (clínico)	Cada año
1.9.7	Tamizaje Valoración Auditiva	Cada año a partir de los 40 años
1.9.8	Tamizaje Valoración Visual	Cada año
1.9.9	Detección de sintomáticos respiratorios	BAAR (2), según normas
1.9.10	Detección de sintomáticos febriles	Según normas
1.9.11	Tamizaje de hipertensión arterial, valoración de riesgo cardiovascular y enfermedades crónicas	Según normas de atención (Medición IMC, TA, etc.) seguimiento y referencia
a.	Hematocrito	Cada año según riesgo
b.	Glicemia/curva de tolerancia	Cada año según riesgo
c.	Creatinina	Cada año según riesgo
d.	TSH	Cada año según riesgo
e.	Sangre Oculta en heces	Cada año según riesgo
f.	Antígeno Prostático Específico	Cada año según riesgo
g.	Biopsias	Según riesgo
h.	Endoscopia	Según riesgo
i.	Citología vaginal	Cada 3 años con VSA; o hasta que se logren 3 tomas negativas sin VSA negativas
j.	Mamografía	Según norma después de 40 años
1.9.12	Detección, notificación y referencia de enfermedades de transmisión sexual: gonorrea, sífilis y VIH	Prueba rápida de VIH, según norma y consentimiento
1.9.13	Vigilancia de la salud mental	1 vez cada cuatro meses (3 veces al año) (< 50 años)
1.9.14	Profilaxis dental: inspección bucal, limpieza, protección con flúor	1 veces al año/ paciente 15%
1.9.15	Prevención de traumatismos y caídas	Según norma
1.9.16	Detección temprana de enfermedades en pacientes institucionalizados	Según norma
1.9.17	Detección de riesgo de drogodependencia	Según norma
1.10	Chequeo preventivo del adulto mayor de 65 años)	NORMA
1.10.1	Consulta médica	2 vez al año, detección de riesgos nutricional, cardiovascular, cáncer de próstata, mama, estómago, tamizaje depresión, según norma y riesgo
a.	Tamizaje de hipertensión arterial, seguimiento y referencia según norma para valoración de riesgo cardiovascular y referencia	Medición IMC, TA,
b.	Consejería a las personas y a la familia	En cada consulta
c.	Detección de riesgo nutricional	2 Consulta anual
d.	Detección oportuna de cáncer próstata	1 vez al año según guía clínica
e.	Tamizaje Depresión	Cada año
f.	Examen de Mamas (clínico)	Cada año
1.10.2	Inmunización	Neumococo (en función de riesgo) Td cada 10 años Influenza estacional
1.10.3	Suplemento de Calcio y Vitamina D	Según guía clínica
1.10.4	Tamizaje Valoración Auditiva	Cada año
1.10.5	Tamizaje Valoración Visual	Cada año
1.10.6	Detección de sintomáticos respiratorios	BAAR (2)
1.10.7	Detección de sintomáticos febriles	Según guía clínica

1.11	Otras prestaciones preventivas para detección temprana:	
1.11.1	TSH	Según riesgo
1.11.2	Sangre oculta en heces	Según riesgo
1.11.3	Antígeno Prostático Específico	Según riesgo
1.11.4	Hematocrito cada año	Según riesgo
1.11.5	Glicemia/curva de tolerancia	Según riesgo
1.11.6	Creatinina	Según riesgo
1.11.7	Biopsias PRN	Según riesgo
1.11.8	Citología vaginal	Según riesgo
1.11.9	Mamografía	Según riesgo
1.11.10	Detección, notificación y referencia de infecciones de transmisión sexual: gonorrea, sífilis y VIH	Prueba rápida de VIH, según norma y consentimiento
1.11.11	Vigilancia de la salud mental	1 vez cada cuatro meses (3 veces al año)
1.11.12	Profilaxis dental: inspección bucal, limpieza, protección con flúor	1 veces al año/ paciente 15%
1.11.13	Detección temprana de enfermedades en pacientes institucionalizados en asilos de ancianos	Chequeo preventivo 1 al año
2	Recuperación: por ciclo de vida-todos los grupos de edad	NORMA
	Emergencia	
2.1	Atención de emergencia por accidentes, envenenamientos, y morbilidad urgencias y emergencias	Según norma estabilización y referencia al nivel correspondiente, o atención en establecimientos de II y III nivel incluye UTI (terapia intensiva)
2.2	Ambulatoria general: <ul style="list-style-type: none"> o Problemas vías respiratorias o Problemas cardiológicos o Problemas del tracto digestivo y del hígado o Problemas infecciosos o Problemas metabólicos y endocrinológicos o Problemas de conducta y de la relación o Problemas del sistema nervioso o Problemas hematológicos o Problemas de la piel o Traumatismos, de accidentes y de intoxicaciones o Problemas de la función renal y de las vías urinarias o Problemas músculo esqueléticos o Problemas de cara-nariz-boca-garganta y oídos o Problemas de ojos o Conductas de riesgo y salud mental 	Diagnóstico y tratamiento de la morbilidad aguda: laboratorio e imagenología según algoritmos, guías clínicas y protocolos de atención consejería en pre y/o post consulta y referencia de casos que requieren atención especializada según guía clínica, incluida UTI (terapia intensiva)
2.3	Ambulatoria especialidades básicas: <ul style="list-style-type: none"> o Detección de problemas de salud crónico y valoración de su estudio clínico conforme a los criterios diagnóstico o Captación del paciente para el seguimiento clínico adecuado ala situación o Atención a pacientes polimedcadas, interconsulta al paciente al segundo nivel de atención cuando las necesidades diagnósticos y terapéuticas del paciente lo requieren o La atención a problemas crónicos como: diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma, dislipidemias, hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca crónica, cardiopatía isquémica, obesidad, problemas osteoarticulares crónicos o dolor crónico músculo esquelético, problemas obstructivos crónicos del riñón, insuficiencia renal crónica 	Diagnóstico y tratamiento de la morbilidad crónica: Referencia de consulta general, consultas normada por patología, incluida UTI (terapia intensiva) <ul style="list-style-type: none"> o Laboratorio básico, RX, ecosonografía, contrarreferencia a nivel ambulatorio general y/o segundo nivel según norma, algoritmos y protocolos y guías clínicas de atención Diagnóstico y tratamiento problemas de población en edad fértil, otras patologías asociadas al embarazo y desnutrición leve y moderada <ul style="list-style-type: none"> o Laboratorio básico, RX, ecosonografía, contrarreferencia a nivel ambulatorio general y/o segundo nivel según norma, algoritmos y protocolos de atención y guías clínicas incluida UTI (terapia intensiva) Referencia de consulta general, consulta de atención, consultas de seguimiento, incluye: <ul style="list-style-type: none"> o Laboratorio básico, RX, ecosonografía, contrarreferencia a nivel ambulatorio general y/o segundo nivel según norma, algoritmos y protocolos de atención y guías clínicas, incluida UTI (terapia intensiva) y unidades de diálisis

2	Recuperación: por ciclo de vida-todos los grupos de edad	NORMA
2.4	Atención dental, endodoncias, exodoncias y restauraciones todos los grupos	Sin límite de prestaciones/ año
a.	Exodoncias	Sin límite de prestaciones/ año
b.	Restauraciones	Sin límite de prestaciones/ año
c.	Periodoncia	Sin límite de prestaciones/ año
2.5	Atención de problemas odontológicos en escolares: (de acuerdo a extensión de cobertura)	
a.	Exodoncias	Sin límite de prestaciones/ año
b.	Restauraciones	Sin límite de prestaciones/ año
c.	Periodoncia	Sin límite de prestaciones/ año
3	Rehabilitación basada en la comunidad	

Modificado de: Conjunto Garantizado de Prestaciones de Salud. AUS. SODEM. Mayo. 2006

II. CONJUNTO DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

1.	Recuperación:	NORMA
1.1	Emergencia Todos los grupos de edad	
a.	Atención de emergencia	Según norma estabilización y referencia al nivel correspondiente- incluida UTI (terapia intensiva)
1.2	Ambulatoria especializada Atención inicial, seguimiento y referencia de patologías complicadas; incluida UTI (terapia intensiva)	Según guía clínica. Referencia obligatoria de Consulta General y contrarreferencia a zona geográfica/territorio en primer nivel (puerta de acceso/entrada) correspondiente.
1.3	Control prenatal a embarazadas con riesgo Inscripción antes de las 12 semanas de gestación y controles subsecuentes a la embarazada incluyendo: clasificación de riesgo obstétrico	10 controles mínimo, al menos uno antes de las 12 semanas, con referencia de primer nivel. Valoración e Interpretación del estado nutricional - ganancia peso materno, exámenes de laboratorio según protocolos y guías clínicas
a.	Indicación de exámenes especial según guías clínicas	Ecosonografía
b.	Detección de riesgos por exámenes de laboratorio clínico	Examen de laboratorio básico (incluye biometría hemática-Hb, Ht-, EMO y otros riesgo grupo sanguíneo VDRL Toxoplasmosis VIH previo consentimiento PAP Test si se capta antes de las 20 semanas
c.	Inmunización	TT o (DT): dos dosis y refuerzo en 2do. embarazo
d.	Entrega de hierro y ácido fólico	con cada consulta
e.	Atención odontológica preventiva a embarazada: consejería, inspección bucal, higiene bucal y profilaxis	Prof. 2 veces al año/gestantes
f.	Entrega de alimentos a las embarazadas (Mi bebida)	Según norma
g.	Vigilancia de la salud mental de la embarazada y atención al entorno psico-emocional de la adolescente embarazada	1 vez mensual (12 veces al año)
h.	Toxoplasmosis	En mujeres con factores de riesgo
i.	Estudio genético	Mujeres mayores de 40 años con factores de riesgo
1.4	Hospitalización clínica	Referencia, hospitalización, RN, consejería, laboratorio e imagenología según guías clínicas, control post egreso y contrarreferencia a unidad que hizo la referencia. Incluye paquetes globulares en Hospital 2 y 3 incluida UTI (terapia intensiva)
1.4.1	Recién nacido	IDEM
1.4.2	Preescolares, 5 a 10 años, 10 a 19 años	IDEM
1.4.3	MEF	IDEM
1.4.4	20 a 64 años y mayores de 64 años	IDEM
1.5	Hospitalización quirúrgica, incluye hospital del día	Referencia primer nivel, cirugía, consejería, 2 control postoperatorio y contrarreferencia. Incluye paquetes globulares, en hospitales 2 y 3ª más está incluida UTI (terapia intensiva)
1.5.1	< de 1 año, 1 – 4 años, 5 a 10 años, 10 a 19 años	IDEM
1.5.2	MEF	IDEM
1.5.3	20 a 64 años y mayores de 64 años	IDEM

2	Rehabilitación	
2.1	Física	
2.2	Ocupacional	
2.3	Otras modalidades	
3.	Cuidados Paliativos	
3.1	Atención integral individualizada	Incluye visita domiciliaria en caso de que el usuario no este institucionalizado
3.2	Información, comunicación y educación al paciente y su familia	Manejo sintomatológico Manejo del dolor
3.3	Promoción del autocuidado y vida digna	Talleres, charlas, etc semestrales Elaboración de material didáctico para autocuidado
3.4	Tratamiento activo	Ambiente de confort y respeto Rehabilitación

Para estas actividades se requerirá de un equipo multidisciplinario

NOTA 1: Las prestaciones de los tres niveles están codificados a través del CPT (procedimientos, imagen, laboratorio)

Fuente: Conjunto Garantizado de Prestaciones de Salud. CONASA- OPS 2004

Adaptado y revisado: Equipo Técnico AUS – SODEM

Adaptado por Unidad de Planificación del IESS. 2009

NOTA 2: El subprograma para los adultos mayores permitirá **delimitar y diferenciar** dos campos de acción a favor de los adultos mayores.

El primero: que se encarga de la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos de los adultos mayores como parte del proyecto de reorientación y fortalecimiento de las unidades de salud con enfoque individual, familiar comunitario y en red del SGSIF, a través del plan estructurado en la cartera de servicios del SGSIF, que establece las prestaciones integrales e integradas a ser implementadas en todas las unidades médicas desde el primer nivel como puerta de entrada hacia los otros niveles de complejidad del SGSIF y SSC.

Y un segundo, no menos importante, por ser otro tipo de aporte a la salud de este grupo tan importante y vulnerable, que se encargue de la gestión de los servicios sociales complementarios a las prestaciones de salud, a través de sus “Programas del Adulto Mayor” en materia de: Coordinación y generación de actividades de recreación, artísticas y culturales que tendrán como fin el envejecimiento digno y activo que fomente la autonomía personal, y la inclusión social a través de asistencia psicológica y de trabajo social que garantice la estabilidad física, emocional y mental de las personas mayores. De esta manera se articula el proyecto para la reorientación y fortalecimiento de las unidades de salud del IESS, con enfoque individual, familiar comunitario y en red plural y su normativa, con la estructura existente de los “Programas del Adulto Mayor”, con el objeto de que la gestión se lleve a cabo con sujeción a principios de simplificación, racionalidad, economía de coste y eficacia social, además de una descentralización funcional, de las actividades complementarias a las prestaciones de salud.

ANEXO 4

Objetivos de las GPC:

- General:

Desarrollar, implementar y evaluar guías de práctica clínica para la atención integral de salud en el IESS, que articulen y armonicen las diferentes responsabilidades señaladas en los diferentes mandatos legales con el fin de mejorar la calidad

y la eficiencia en las prestaciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad (detección temprana de riesgos), curación, rehabilitación y cuidados paliativos, en los diferentes niveles de atención.

- Específicos:

- Elaborar un inventario de protocolos y/o guías de práctica clínica existentes en donde se señale, de qué tipo de atención se trata, año de elaboración, participantes, aprobado por quién o entregado a quién.
- Ajustar el modelo nacional para el diseño guías clínicas y/o protocolos.
- Participar en la elaboración y aprobación de guías clínicas y/o protocolos en el CONASA.
- Revisar y elaborar participativamente versiones finales de las guías clínicas y/o protocolos que se han desarrollado en el IESS.
- Difundir e implementar las guías clínicas y/o protocolos elaborados.
- Establecer los mecanismos de evaluación y actualización de las guías clínicas y/o protocolos.

Estrategia de trabajo:

- Diagnóstico del estado del arte de la implementación de guías clínicas y/o protocolos en el país:
 - Ministerio de Salud y CONASA.
 - Otras instituciones de salud el país.
 - Internas en el IESS.
- Integración institucional al proceso de protocolización del CONASA en la discusión técnica y en los procesos de aprobación.
- Conformación de equipos de especialistas de diferente procedencia geográfica, alta excelencia y reconocimiento profesional para la revisión de guías clínicas y/o protocolos con una visión de aparatos y ciclo de vida y atención integral de salud.

- Elaboración y aplicación consensuada en los prestadores internos del IESS que dé uniformidad y normatividad nacional, pero a la vez, sea flexible y adaptable a las condiciones locales de cada unidad médica de los 50 problemas de mayor prevalencia, con apoyo de las aseguradoras provinciales y regionales en una fase inicial.
 - GPC caracterizada por criterios explícitos y sistematizados sobre la efectividad de la evidencia apoyados por aspectos epidemiológicos y estadísticos, con evaluación de la evidencia y de la experiencia.
 - Elaboración de la GPC utilizando el método formal que se apoya en medicina basada en evidencia, multidisciplinaria, producida a través de un proceso estructurado y de consensos formales (expertos, con apoyo bibliográfico, experiencia clínica y consensos) sometido a evaluación crítica.
 - Difusión e implementación con mecanismo de cascada en todo el país, a todo el personal implicado, fijando fecha para la puesta en marcha del protocolo. Se implementarán las guías clínicas de atención por resolución del Consejo Directivo, mediante el cual se obligue su implementación y se determinen las sanciones por no aplicación. El proceso de implementación avanzará simultáneamente en los niveles de atención, y se hará una evaluación de la aplicación en áreas piloto para su implementación progresiva a nivel nacional.
- Monitoreo y evaluación participante de la implementación, fijando la periodicidad con la cual se va a comentar y analizar el cumplimiento de las guías clínicas y/o protocolos para garantizar su utilidad. Se deben detectar los posibles problemas que surjan durante su aplicación. Para ello, se fijará un grupo de criterios para cada protocolo y el estudio de su grado de aplicación. En la práctica se llevará a cabo a través de una revisión retrospectiva del sistema de registro.

No.	Especialidad	Tipo de protocolo	Contenidos	Unidad que envía	Año de elaboración	Comentario	Equipo sugerido para la revisión

Patología

1. Clasificación Internacional
 - CIE 10
 - CIAP 2
2. Definición.
3. Clasificación de la patología.
4. Diagnóstico: anamnesis, examen físico, algoritmo de diagnóstico de la patología.
5. Apoyos complementarios.
6. Tratamiento: incluye algoritmo de manejo de la patología por niveles de atención, medicamentos.
7. Objetivos terapéuticos y criterios de control.
8. Derivación.
9. Referencias bibliográficas.

ANEXO 5

I. FICHA DE LA UNIDAD:

Subdirección o Jefatura SGSIF:	
Nombre de la unidad:	
Provincia:	
Cantón:	
Parroquia:	
Barrio:	
Dirección:	
Infraestructura física:	propia <input type="checkbox"/> alquilada <input type="checkbox"/> comodato <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>
Teléfono 1:	
Teléfono 2:	
Fax:	
E-mail (correo electrónico unidad):	
Responsable de la unidad:	

II. GENERALIDADES:

Describir lo siguiente:

Tipo de unidad:					
Servicio:	AMBULATORIO	PRIMER NIVEL BASICO	PRIMER NIVEL ESPECIALIZADO	CIRUGÍA DEL DIA	
Límites de la unidad operativa: GEOREFERENCIA	Norte:				
	Sur:				
	Este:				
	Oeste:				
AREA DE INFLUENCIA DE LA UNIDAD OPERATIVA	Norte				
	Sur				
	Este				
	Oeste				
Población asignada (en número de habitantes):					
Población de influencia (parroquias o barrios que estén fuera de los límites asignados, describir de la manera más exacta los lugares)		Norte	Sur	Este	Oeste
Horario de atención de la unidad: (marcar con una x)	Mañana		Tarde		Mañana y tarde
Días laborables:		24horas (ininterrumpido)			

III. FICHA DE PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD-HOSPITALES

Tipo de unidad:					
Tipo de servicio:	CONSULTA EXTERNA	HOSPITALIZACION	HOSP. DEL DIA		
Límites de la unidad operativa: GEOREFERENCIA	Norte:				
	Sur:				
	Este:				
	Oeste:				
AREA DE INFLUENCIA DE LA UNIDAD OPERATIVA	Norte				
	Sur				
	Este				
	Oeste				
Población asignada (en número de habitantes):					
Población de influencia (parroquias o barrios que estén fuera de los límites asignados, describir de la manera más exacta los lugares)		NORTE	SUR	ESTE	OESTE

Horario de atención de la unidad: (marcar con una x)	Mañana		Tarde		Mañana y tarde	24horas (ininterrumpido)	
Horario por servicio (Si aplica adjuntar en Excel)							
Días laborables:							

IV. RESEÑA HISTÓRICA:

Describir año de apertura, tiempo de funcionamiento

V. MARCO ESTRATÉGICO:

Señalar los siguientes puntos:

- ✓ Principios política del SGSIF
- ✓ VISION DE SU UNIDAD

MISION DE SU UNIDAD

- ✓ DENOMINACIÓN, FINALIDAD Y FUNCIONES DE LA UNIDAD

VI. DIAGNOSTICO SITUACIONAL:

Describir los siguientes aspectos:

6.1 ANALISIS DE LA DEMANDA:

6.1.1 Dinámica poblacional:

- ✓ Población del territorio.
- ✓ Crecimiento poblacional.
- ✓ Población beneficiaria del IESS: afiliados activos, voluntarios, pensionistas (jubilados, montepíos) número, por grupo etáreo y sexo.

Grupo etáreo	Masculino	Femenino	Total	Porcentaje

6.1.2 Análisis del proceso salud-enfermedad

- ✓ Análisis de la morbilidad: 10 primeras causas de morbilidad.
- ✓ Consulta externa: 10 primeras causas.
- ✓ Hospitalización: 10 primeras causas.
- ✓ Emergencia: 10 primeras causas.

6.1.3 Análisis de la mortalidad:

- ✓ Muertes hospitalarias: mayor de 48 h y menor de 48 h 10 PRIMERAS CAUSAS.
- ✓ Letalidad por servicio.
- ✓ Primeras causas de muerte.

6.1.4 Enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica.

6.1.5 Principales riesgos para la salud.

6.1.6 Esperanza de vida.

6.2 ANALISIS DE LA OFERTA:

6.2.1 Recursos humanos:

Recursos Humanos	Nombramiento	Contratos	Vacantes

Médicos por especialidad con nombramiento

Especialidad	Nombramiento	Contrato	Vacantes

6.2.2 Infraestructura:

- Area total del terreno =
- Area de construcción =
- Antigüedad =
- Material predominante =
- Valor monetario estimado =

6.2.3 Equipamiento:

6.2.3.1 Equipos biomédicos:

Equipo	Cantidad	Estado de funcionamiento	Marca	Año de compra	Valor de compra

6.2.3.2 Equipos electromecánicos:

Equipo	Cantidad	Estado de funcionamiento	Marca	Año de compra	Valor de compra

6.2.3.3 Transporte:

Transporte	Cantidad	Estado de funcionamiento	Marca	Año de compra	Valor de compra

6.2.3.4 Instalaciones:**a. Eléctricas:**

- Año de instalación.
- Periodo de mantenimiento.

b. Sanitarias:

- Año de instalación.
- Periodo de mantenimiento.

c. Telefónicas:

- Año de instalación.
- Periodo de mantenimiento.

d. Cableado estructural:

- Año de instalación.
- Periodo de mantenimiento.
- Características mínimas del cableado estructurado.

6.2.3.5 Otros:

Describir si tienes otro equipamiento.

6.2.3.6 Camas:

Si, es una unidad médica hospitalaria o hospital de día; describir por servicio e incluir recuperación, observación y salas de quirófanos.

6.2.4 Indicadores de producción, rendimiento y calidad:

Describir sólo el siguiente resumen de indicadores trazadores

INDICADORES DE PRODUCCION	2006	2007	2008
Total de atenciones en consulta externa			
Primeras atenciones consulta externa			
Subsecuentes de consulta externa			
Concentración de consultas			
Recetas por consulta			
Exámenes de laboratorio por consulta			
Exámenes de imagen por consulta			
Emergencia por consulta			
No. de recetas atendidas			
Egresos x consulta			
INDICADORES DE RENDIMIENTO SI DE CONSULTA EXTERNA			
Promedio de consultas por hora y por especialidad			
Promedio de horas trabajadas médico día			
No. de placas por examen			
Exámenes por día laborado			
INDICADORES DE RENDIMIENTO SI HOSPITAL			
Rendimiento cama			
Grado de cama o giro cama			
Días estancia			
Intervalo de sustitución			
Total de camas hospitalaria			
Total días – paciente			
Total egresos			

INDICADORES DE PRODUCCION	2006	2007	2008
INDICADORES DE EFICIENCIA			
Gastos hospitalarios total/total de días paciente			
Gastos de emergencia/total de emergencia			
Gastos de laboratorio/No. De exámenes			
Productividad de quirófanos y por especialidad			
Facturación/costos			
INDICADORES DE CALIDAD			
Satisfacción de usuarios en consulta			
Satisfacción de usuarios en emergencia			
Satisfacción de usuarios en hospitalización			
Total de compensación de gastos médicos x evento			
Indice de cesáreas			
Indice de infecciones nosocomiales			
Mortalidad mayor de 48 horas			

6.3 Recursos financieros:

Año	Monto gasto corriente		Monto gasto de inversión	
	aprobado	ejecutado	aprobado	ejecutado
2006				
2007				
2008				

6.4 Oferta de servicios:

6.4.1 Usuarios

USUARIOS ACTUALES		USUARIOS QUE ASPIRAMOS A TENER	
Tipo	No.	Tipo	No.

6.4.2 Servicios

SERVICIOS ACTUALES Describir	Horario de atención		
	Mañana	Tarde	Noche

6.5 IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS:

- 6.5.1 A nivel del estado de salud (sanitario) problemas de los servicios de salud que usted presta.
- 6.5.2 A nivel de la gestión.
- 6.5.3 A nivel de la inversión.

ANEXO 6

Tipología de las unidades operativas¹⁹ IESS

I NIVEL

DISPENSARIO SSC.- Es una unidad operativa que realiza actividades básicas de fomento, promoción y prevención de la salud; curación, recuperación y rehabilitación, odontología, primeros auxilios y emergencias pre-hospitalarias, acciones básicas de saneamiento ambiental y actividades con la comunidad; cumple con las normas y programas del MSP y regulaciones propias del IESS, que le corresponden a su nivel.

Actividades finales	Recursos humanos del equipo de salud
<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de la salud integral • Acciones de educación para la salud • Acciones básicas de prevención colectiva secundaria como saneamiento ambiental y desarrollo comunitario • Primeros auxilios y emergencias pre-hospitalarias • Visita domiciliaria- llenado de ficha familiar • Atención curativa, recuperación y rehabilitación con asistencia farmacológica • TOT: Tratamiento Odontológico Terminado 	<ul style="list-style-type: none"> • Auxiliar de enfermería (coordinación con partera o comadrona) • Enfermera comunitaria: progresivamente se establecerá su presencia permanente según contexto y necesidad • Visita periódica/itinerancia del médico y/o odontólogo; trabajador/a social: progresivamente se establecerá su presencia permanente según contexto y necesidad • Asistencia periódica de otros profesionales de la Ciencias Sociales (sociólogos, antropólogos, otros)

Ubicación geográfica y accesibilidad poblacional.- Se ubica en comunidades rurales, o recintos con poblaciones menores a 1.200 habitantes o 240 familias y que no exista otra unidad de similar complejidad de la red pública en 8 km; con una vía de comunicación permanente.

DISPENSARIO ANEXO.- Es una unidad periférica de atención ambulatoria, organizada y financiada por un empleador, privado o público, y funciona como unidad operativa que realiza actividades básicas de atención primaria ambulatoria de fomento, prevención, promoción, curación, recuperación de la salud²⁰ para “el mantenimiento de la salud integral del trabajador”, con énfasis en los riesgos del trabajo para los derechohabientes de las empresas o servidores públicos, incluyendo atención de emergencia pre-hospitalaria. Cumple con las normas y programas de la cartera de servicios del SGSIF para su nivel y con las responsabilidades señaladas en el “convenio de establecimiento, funcionamiento y control”. Su adscripción será a la CAA que determine el SGSIF o con la unidad médica de mayor complejidad del SGSIF más cercana del sub-sistema zonal del territorio correspondiente; realiza referencia-contrarreferencia en función de la complejidad de los casos y su capacidad resolutoria.

Actividades finales	Recursos humanos del equipo de salud
<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de la salud incluyendo participación comunitaria • Acciones básicas de prevención colectiva secundaria como establecer un diagnóstico y plan de riesgos laborales • Primeros auxilios • Recuperación de la salud morbilidad general • Visita domiciliaria • Síntesis de información • Salud laboral y riesgos del trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> • Médico especialista en riesgos del trabajo/o médico familiar • Enfermera con formación en riesgos del trabajo, • Odontólogo (opcional)

Ubicación geográfica y accesibilidad poblacional.- Se ubica en empresas con más de cien (100) trabajadores obligatoriamente, o de manera voluntaria (independiente o en asociación entre varias empresas) en las que el número sea menor a cien (100) trabajadores. El horario de atención se establecerá en el “convenio de establecimiento, funcionamiento y control” con el SGSIF.

UNIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA.- Es una unidad operativa que realiza actividades básicas de fomento, prevención, promoción, curación, recuperación y rehabilitación de la salud, incluyendo atención del parto normal de emergencia y atención odontológica; promueve acciones básicas de saneamiento ambiental y actividades de participación comunitaria; cumple con las normas y programas de la cartera de servicios del SGSIF para su nivel de complejidad. Se articulará en red con el CAA de su territorio. Dependerá de la Subdirección o Jefatura del SGSIF del sub-sistema zonal correspondiente.

¹⁹ Adaptado del Conjunto de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud CONASA - Octubre 2006.

²⁰ Incluye diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación.

Actividades finales	Recursos humanos del equipo de salud requerimiento mínimo	Apoyo administrativo-financiero (Se debe contar con personal polivalente)																		
<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de la salud incluyendo participación comunitaria • Promoción de consejos cantonales de salud y otras instancias de participación • Acciones básicas de prevención colectiva secundaria como saneamiento ambiental • Primeros auxilios, emergencias pre-hospitalarias • Recuperación de la salud morbilidad general, consulta y control • Sistema de referencia y contrarreferencia • Atención odontológica • Servicios auxiliares de diagnóstico como: laboratorio clínico • Imagenología • Visita domiciliaria • Centinela epidemiológico • Síntesis de información 	<ul style="list-style-type: none"> • Médico general/familiar • Odontólogo • Enfermera comunitaria • Auxiliar de enfermería • Tecnólogo de laboratorio • Tecnólogo en imagen 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Dirección/Gerencia</td></tr> <tr><td>Actividades de RRHH</td></tr> <tr><td>Informático</td></tr> <tr><td>Estadística</td></tr> <tr><td>Verificación de derecho</td></tr> <tr><td>Auxiliar de Farmacia</td></tr> <tr><td>Presupuesto</td></tr> <tr><td>Bodega</td></tr> <tr><td>Contabilidad</td></tr> <tr><td>Facturación y consolidación de costos</td></tr> <tr><td>Responsabilidad patronal</td></tr> <tr><td>Recaudación y Pagos</td></tr> <tr><td>Tesorería</td></tr> <tr><td>Adquisición de materiales y suministros</td></tr> <tr><td>Información al público, Registro, archivo,</td></tr> <tr><td>Limpieza</td></tr> <tr><td>Telefonía y mensajería</td></tr> <tr><td>Vigilancia y seguridad</td></tr> </table>	Dirección/Gerencia	Actividades de RRHH	Informático	Estadística	Verificación de derecho	Auxiliar de Farmacia	Presupuesto	Bodega	Contabilidad	Facturación y consolidación de costos	Responsabilidad patronal	Recaudación y Pagos	Tesorería	Adquisición de materiales y suministros	Información al público, Registro, archivo,	Limpieza	Telefonía y mensajería	Vigilancia y seguridad
Dirección/Gerencia																				
Actividades de RRHH																				
Informático																				
Estadística																				
Verificación de derecho																				
Auxiliar de Farmacia																				
Presupuesto																				
Bodega																				
Contabilidad																				
Facturación y consolidación de costos																				
Responsabilidad patronal																				
Recaudación y Pagos																				
Tesorería																				
Adquisición de materiales y suministros																				
Información al público, Registro, archivo,																				
Limpieza																				
Telefonía y mensajería																				
Vigilancia y seguridad																				

Nota: Las funciones de apoyo administrativo financiero para las UAA se analizarán por procesos y se agruparán según lo permitido por la Ley de Seguridad Social. Deberán ser manejadas por personal polivalente. El personal de salud, como parte de su horario asignado para “administrativo” puede hacerse cargo de algunas de estas actividades dentro de lo que la ley lo permita.

Ubicación geográfica.- Se ubica a nivel urbano en cantones con poblaciones de 2.000 habitantes hasta 20.000 habitantes.

Horario.- Se dará atención de 12 horas.

**NUMERO DE PERSONAL DE SALUD POR HABITANTES/DERECHOHABIENTES
(Esta relación se alcanzarán gradual y progresivamente en el tiempo)**

AREA SERVICIOS DE SALUD		
UAA	Médico Familiar/General	1:1500 habitantes
	Enfermera	1:2000 habitantes
	Aux. de Enfermería	1:4000 habitantes
	Odontólogo Integral	1:3000 habitantes

I NIVEL DE ESPECIALIDAD Y CIRUGIA DEL DÍA

CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA.- Es la unidad operativa que brinda servicios integrados e integrales de fomento, promoción, prevención, curación y recuperación (rehabilitación y cuidados paliativos) de la salud, con atención médica general y de especialidad. Contará con atención odontológica. Dispone de servicios auxiliares de diagnóstico como: laboratorio clínico e imagenología. Cumple con las normas y programas del SGSIF para su nivel, con énfasis en la referencia-contrarreferencia. Gestiona la red como cabeza del subsistema zonal correspondiente a su territorio y población adscrita, además coordina y facilita acciones de saneamiento ambiental y participación social en su territorio como parte de la red pública.

Actividades finales	Recursos humanos del equipo de salud	Apoyo administrativo-financiero (Se debe contar con personal polivalente)
<ul style="list-style-type: none"> Promoción de la salud incluyendo participación comunitaria Participación en concejos cantonales de salud y otras instancias de participación Acciones básicas de prevención individual y colectiva secundaria Recuperación de la salud morbilidad general y de especialidad: Consulta y control Atención de parto normal Atención odontológica Cirugía del día Servicios auxiliares de diagnóstico como: laboratorio clínico Imagenología Rehabilitación y medicina física Visita domiciliaria Síntesis de información y consolidación Emergencias pre-hospitalarias y triaje Procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios y hospitalización domiciliaria. Supervisión periódica del equipo CAA a UAA y DA para el trabajo en red. Referencia y contrarreferencia 	<ul style="list-style-type: none"> Médico familiar/general Odontólogo integral Enfermera/o comunitaria Enfermera/o de atención directa Programa de enfermería y medicatura rural Bio-estadístico Farmacéutico Psicólogo/a Fisiatra + fisioterapeuta Imagenólogo + tecnólogo/a en imagen Tecnólogo de laboratorio Nutricionista Trabajador social Especialistas de medicina clínica básicas y de salud mental Especialistas de áreas quirúrgicas básicas Especialistas de materno-infantil Especialista en emergencias 	<p>Servicios administrativos</p> <ul style="list-style-type: none"> Unidad de Presupuesto y Contabilidad Unidad de Facturación y Consolidación de Costos Unidad de Recaudación y Pagos Coordinación de Enfermería y Esterilización <p>Servicios generales</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios de limpieza y mantenimiento Lavandería Ambulancia y transporte Servicio de seguridad y guardiana
Requerimientos mínimos de especialidades básicas clínicas y de salud mental	Requerimientos mínimos de especialidades básicas de materno-infantil	Requerimientos mínimos de especialidades básicas de cirugía
<ul style="list-style-type: none"> Medicina Interna Cardiología Gastroenterología Dermatología Endocrinología Psiquiatría Gerontología <p>Otras: Según se justifique en la microrred plural, perfil epidemiológico y tasa de uso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Gineco-obstetricia Pediatría 	<ul style="list-style-type: none"> Cirugía General Oftalmología Traumatología ORL Urología Cirugía Vascular Otras: Según se justifique en la microrred plural, perfil epidemiológico y tasa de uso

Ubicación geográfica.- Se ubica en cabeceras cantonales con poblaciones > 20.000 y de hasta 100.000 habitantes.

Horario.- Funcionará en horario de 12 horas para consulta general, de especialidad y cirugías programadas. Funcionará 24 horas, emergencias y quirófano de emergencia.

NUMERO DE PERSONAL DE SALUD POR HABITANTES/DERECHOHABIENTES
(Esta relación se alcanzará gradual y progresivamente en el tiempo)

	AREA SERVICIOS DE SALUD	
CAA	Médico familiar/general	1:1500 habitantes
	Enfermera	1:1500 habitantes
	Odontología integral	1:3000 habitantes
	Aux. de enfermería	1:3000 habitantes
	Personal médico especialista	Según norma del SGSIF y perfil
	Personal médico, de enfermería, auxiliares de enfermería y de mantenimiento/limpieza quirófano	Para cubrir 12 horas en horario regular y los turnos de 24 horas de emergencia

II NIVEL

HOSPITAL I.- Unidad de salud que brinda atención ambulatoria a través de acciones de fomento, protección y recuperación de la salud. Atención de emergencias; y hospitalización en medicina general, gineco-obstetricia, pediatría, cirugía y odontología; a más de otras especialidades de las que se disponen en los CAA según se justifique en la microrred plural, perfil epidemiológico y tasa de uso. Dispone de auxiliares de diagnóstico clínico como laboratorio e imagenología. Su tamaño depende de las características demográficas y el perfil epidemiológico de su zona de influencia. Su capacidad es de 20 hasta menos de 100 camas de dotación normal. Forma parte del eje del sistema de referencia y contrarreferencia de los servicios del primer nivel.

Tipo de atención.- La atención es de tipo ambulatoria de apoyo al primer nivel y de hospitalización, realizada por un equipo de profesionales de la salud; corresponde al segundo nivel de prestación de servicios, atiende 24 horas al día, y es el eje de la referencia-contrarreferencia.

Ubicación geográfica y accesibilidad poblacional.- Se ubica en cabeceras cantonales con poblaciones mayores a 100.000 habitantes; el número de la población puede ser menor en el caso de las provincias amazónicas y Galápagos.

HOSPITAL II.- Unidad operativa que provee atención de salud ambulatoria de especialidades y de referencia, apoyo al primer nivel de atención y de hospitalización en las cuatro especialidades básicas (medicina general, gineco-obstetricia, pediatría, cirugía) de la medicina, odontología y otras especialidades de acuerdo al perfil epidemiológico de su área de influencia y emergencias; dispone de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, odontología, medicina física y de rehabilitación; cumple indicadores de producción y realiza docencia e investigación y formación continuada en servicio como apoyo al primer nivel de atención. Contará desde 120 a menos de 300 camas.

Tipo de atención.- La atención es de tipo ambulatorio y de hospitalización; corresponde al segundo nivel de prestación de servicios, atiende referencias y funciona 24 horas al día.

Ubicación geográfica.- Se ubica en las capitales de provincia y cabeceras cantonales con mayor concentración poblacional de acuerdo al subsistema zonal del SGSIF

III NIVEL

HOSPITAL III ESPECIALIZADO.- Unidad operativa que provee atención de salud ambulatoria de especialidad, de referencia y hospitalización en una especialidad o subespecialidad, *Destinado a brindar atención especializada de recuperación, rehabilitación y emergencias a los usuarios de las diferentes especialidades y subespecialidades médicas, es un establecimiento de*

pacientes agudos o crónicos reagudizados y atiende a toda la población del país a través de la referencia y contrarreferencia.; atiende a la población local o nacional mediante el sistema de referencia y contrarreferencia. Cumple los indicadores de producción hospitalaria especializada. Contará en lo posible, con no más de 500 camas.

Tipo de atención.- Funciona las 24 horas del día. Corresponde al tercer nivel de atención, brinda atención ambulatoria de especialidad (contrarreferencia) y hospitalaria de la especialidad que práctica y realiza docencia e investigación en salud.

Ubicación geográfica.- Se localiza en ciudades consideradas de mayor desarrollo y concentración poblacional.

Apoyo administrativo-financiero para hospitales I, II y III**Servicios administrativos**

- Unidad de Presupuesto y Contabilidad
- Unidad de Facturación y Consolidación de Costos
- Unidad de Recaudación y Pagos

Servicios generales

- Dietética y nutrición.
- Esterilización.
- Lavandería.
- Ambulancia y transporte.
- Unidad de limpieza y mantenimiento.
- Servicio de seguridad y guardiana.

NOTA: Se asignará el número de personal de apoyo administrativo-financiero, de acuerdo a estándares por carga de trabajo y levantamiento de procesos, en busca de eficiencia administrativa, a cargo de de la Subdirección de Recursos Humanos del IESS.

Toda unidad que con su capacidad instalada, alcance un 90% de producción, recurrirá a dos mecanismos para satisfacer la demanda en todas las actividades de salud integral. El primer mecanismo será contratación de personal de salud de atención de primer nivel por concurso público o reasignación del personal contratado a la unidad territorial que lo necesite. El segundo: se comprará servicios dentro de la red plural, según calificación del proveedor.

**ASIGNACION TERRITORIAL POR ZONA GEOGRAFICA DE ASIGNACION DE POBLACION
DEFINIDAD DEL IESS**

Nivel de Complejidad	ZONA GEOGRAFICA DE ASIGNACION DE POBLACION DEFINIDAD DEL IESS					
	Población Asignada	Ambulatorio I Nivel Básico I Nivel de Especialidades Cirugía de día	Hospitalario II y III Nivel	Infraestructura	Equipamiento	RR. HH
Bajo	>100 trab. <10.000 hab. 2.000-5.000 hab./250 familias	DA U.A.A Disp. SSC	Hosp. I	Dispensario anexo tipo UAA tipo Dispensario SCC tipo HI tipo Según Manual de Calificación/Acreditación	Dispensario anexo tipo UAA tipo Dispensario SCC tipo HI tipo Según Manual de Calificación/Acreditación	Dispensario anexo tipo UAA tipo Dispensario SCC Tipo HI tipo Según Manual de Calificación/Acreditación
Medio	Hasta 100.000 hab.	CABEZA DE RED C.A.A/ Especialidades Cirugía de día	Hosp. II	CAA/HII tipo Según Manual de Calificación/Acreditación	CAA/HII tipo Según Manual de Calificación/Acreditación	CAA/HII tipo Según Manual de Calificación/Acreditación
Alto	> 100.000 hab.		Hosp. III	Según Manual de Calificación/Acreditación	Según Manual de Calificación/Acreditación	Según Manual de Calificación/Acreditación

ANEXO 7

**Indicadores de Gestión SGSIF
(Documento entregado a las unidades médicas)**

Indicadores de Gestión de Primer nivel/UAA y CAA

Indicadores de Gestión Hospitalaria / H I, II y III

Indicadores de Gestión Administradora y dependencias.

ANEXO No. 8

No. 8.1

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

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	2009	2010	2011	2012
1. Adscripción población beneficiarios por unidad médica	Territorialización y GEO - referencia	Censo de población asegurada	Subdirecciones y jefaturas del SGSIF-UM-DDI				
		Mapeo de unidades operativas parroquias, cantones o provincias y regiones incluye otros proveedores	Subdirecciones y jefaturas del SGSIF-UM-DDI				

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	2009	2010	2011	2012
		Actualización de bases de datos de los afiliados y sus familias por territorios y subsistemas zonales	DSGSIF, direcciones provinciales y DDI				
		Registro biométrico de los derechohabientes	DDI				
2. Identificar la situación de salud y riesgos de los derechohabientes y sus familias	Análisis de situación de salud (ASIS)	Elaboración de aplicativo ASIS	UP-SGSIF				
		Capacitación a UM para realizar ASIS	UP-SGSIF				
		Aplicación del ASIS por territorio	Unidades médicas				
3. Normar la cartera de servicios y guías clínicas <i>CONTINUA</i>	Programa de atención integral de salud individual y familiar	Estandarización de cartera de servicios	UP-SGSIF				
		Socialización y capacitación sobre cartera de servicios	UP-SGSIF-subdirecciones y jefaturas del SGSIF				
		Implementación de la cartera de servicios	UP-SGSIF-UM				
3. Normar la cartera de servicios y guías clínicas <i>VIENE</i>	Guías de práctica clínica para la atención integral en todos los niveles de complejidad	Ajustar el modelo nacional para el diseño guía clínicas y/o protocolos	UP-SGSIF				
		Estandarización de GPC	UP-SGSIF				
		Socialización y capacitación sobre GPC	UP-SGSIF				
		Implementación de las GPC	Unidades operativas				
		Monitoreo y evaluación	Subdirecciones y jefaturas del SGSIF				
4. Estandarizar el nivel de complejidad y capacidad resolutiva de todas las unidades médicas del SGSIF	Análisis de la capacidad resolutiva de las unidades de primer, segundo y tercer nivel en cada territorio	Estandarizar "unidades médicas tipo" del SGSIF	UP-SGSIF y Subdirección de Aseguramiento y Control de las Prestaciones-Dirección de Infraestructura DSGSIF				
		Diagnóstico e intervención a nivel estructural y funcional de la capacidad resolutiva de las UM	Subdirecciones y jefaturas del SGSIF-UM				
		Registro electrónico del levantamiento en terreno, de la capacidad operativa en todos los niveles del subsistema zonal en: infraestructura, equipamiento, recursos humanos y estado actual de la red interna del SGSIF	UP-SGSIF y Subdirección de aseguramiento y control de las prestaciones - DDI				

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	2009	2010	2011	2012
	Autoevaluación de las unidades médicas internas y externas, en base al Manual de Calificación de prestador actualizado	Medición de indicadores de morbilidad, producción y gestión	Subdirecciones y jefaturas del SGSIF-UM-BI/DDI				
		Generación de estudios de factibilidad y planes funcional para nuevas unidades operativas y reformulación de las existentes, acorde a la tipología del SGSIF	Subdirecciones y jefaturas del SGSIF-UM				
5. Primer nivel como la puerta de entrada obligada a la red <i>CONTINUA</i>	Sistema de Libre Elección del Prestador regulada por territorio y reorientación a lo ambulatorio.	Resolución Consejo Directivo	Consejo Directivo				
		Definiciones del primer nivel como puerta de entrada x territorio	UP-SGSIF				
		Socialización y capacitación sobre guía metodológica	UP-SGSIF				
5. Primer nivel como la puerta de entrada obligada a la red <i>VIENE</i>	Sistema de información electrónico	Integrar el sistema de información laboral y la historia clínica única en línea con la cédula de identidad	DDI y UP-SGSIF				
		Implementación de la de historia clínica y registros médicos electrónicos	DDI y UP-SGSIF-UM				
5. Primer nivel como sintetizador de la información de los derechohabientes	Primer nivel como sintetizador de la información de los derechohabientes	Capacitación para la construcción de los perfiles epidemiológicos, codificada con CIE -10 y CIAP2	Subdirección de Aseguramiento y Control de las Prestaciones y UP-SGSIF				
		Implementación de construcción de perfiles epidemiológicos	Subdirecciones, jefaturas del SGSIF y UM en todos los niveles				
		Monitoreo y evaluación	Subdirecciones y jefaturas SGSIF				
	Atención preventiva al 100% de los derechohabientes	Determinación de capacidad efectiva en 1er. nivel por territorio y calificación de prestadores para contratación	UP-SGSIF, Subdirecciones y jefaturas SGSIF-UM, MSP- otros prestadores				
		Capacitación de consulta preventiva en primer nivel UM	Subdirecciones y jefaturas SGSIF-UP-UM				
		Campaña de comunicación nacional para el viraje a lo ambulatorio de la Seguridad Social	CD- DSGSIF Subdirecciones y jefaturas				
6. Sistema de Información integral <i>CONTINUA</i>	Establecer un flujo adecuado de información de los derechohabientes	Historia clínica única en línea	DSGSIF-UP-SGSIF-DDI				
		Registros médicos electrónicos	DSGSIF-UP-SGSIF - Subdirección de Aseguramiento y Control de las Prestaciones-DDI				

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	2009	2010	2011	2012
6. Sistema de Información integral		Estadísticas electrónicas integradas por unidad, y división político - administrativa, consolidadas a nivel de jefaturas y subdirecciones del SGSIF	Sub-Aseg-subdirecciones y jefaturas SGSIF-UP-DDI-UM				
	Redes de información	Gestión de Información Clínica	Subdirecciones y jefaturas-UM- DDI				
		Gestión de Información Epidemiológica	Subdirecciones y jefaturas-UM-DDI				
7. Mejoramiento continuo de la calidad	Plan de mejoramiento continuo de la calidad por unidad médica	Formación de RRHH de salud en competencias técnicas y gerenciales en servicio	DGSIF-UP-SGSIF Subdirección Aseg. universidades				
		Implementación del proceso de auditoría en subdirecciones y Jefaturas	UP-SGSIF, Subdi. Aseg, Subd, Jef. del SGSIF-UM				
	Formación de RRHH de salud en competencias técnicas y gerenciales	Establecer las necesidades de formación por unidad y territorio	Subdirecciones, jefaturas del SGSIF y UM-universidades				
		Capacitación en Gerencia de servicios de salud	ICISSE-universidades-UP-SGSID				
		Elaboración de sistema de incentivos de capacitación	UP-SGSID-Subdir.-Jef.				
		Convenios con universidades para docencia, investigación clínica, de gestión de servicios y redes	DGSIF- UP-SGSIF-universidades				
		Capacitación de los recursos humanos en gestión de servicios de salud (subdirecciones, jefaturas, unidades operativas)	UP-SGSIF - ICISSE - universidades				
Supervisión y formación continua en gerencia de servicios de salud	UP-SGSIF - ICISSE - subdirecciones, jefaturas del SGSIF universidades						
8. Desarrollo del capital humano del SGSIF	Capacitar al equipo de salud de todos los niveles de complejidad en atención integral de salud y formación de equipos de salud de primer nivel de atención	Cambio de partidas vacantes de especialista a médicos de familia y generales	Consejo Directivo				
		Conversión/reperfilación de médicos generales a familiares y enfermeras comunitarias	UP-SGSIF - ICISSE - universidades				
		Contratación, capacitación de los recursos humanos para el primer nivel	DGSIF- UP-SGSIF- ICISSE -Univ. - Subdir., Jef. - UM				

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	2009	2010	2011	2012
		Curso para el equipo de salud en atención integral	UP-SGSIF- ICISSE - universidades-SEMF				
	Articulación con el programa de medicina rural en unidades médicas del IESS (SSC y SGSIF)	Determinación del número de personal rural para atención primaria del SGSIF y SSC para carrera en la seguridad social	DGSIF- UP-SGSIF- ICISSE –Univ. - Subdir., Jef. - UM				
		Contratación, capacitación de los recursos humanos rurales para el primer nivel (según demanda)	DGSIF- UP-SGSIF- ICISSE –Univ. – Subdir., Jef. - UM				
9. Funcionamiento en red <i>CONTINUA</i>	Gestión de la red desde el primer nivel de atención	Definir las microrredes plurales territoriales	Subdirecciones, jefaturas del SGSIF y unidades operativas				
		Mecanismos de articulación con la red pública	DSGSIF, UP-SGSIF - Equipo interinstitucional UM				
		Implementación de la CAA cabeza de red	Subdirecciones, jefaturas del SGSIF y unidades operativas				
9. Funcionamiento en red <i>VIENE</i>	Gestión de la red desde el primer nivel de atención	Normatizar la referencia-contrarreferencia	Subdirección de Aseguramiento y Control de las Prestaciones y UP-SGSIF				
		Implementación de la referencia-contrarreferencia	Subdirecciones, jefaturas del SGSIF y UM				
		Monitoreo y evaluación	Subdirecciones y jefaturas SGSIF				
	Sistema integrado de emergencias y plan de contingencia de desastres	Formulación del sistema integrado de emergencias y plan de contingencia de desastres	DGSIF y UP-SGSIF				
		Capacitación e implementación en todas las unidades operativas	UP-SGSIF, Subdirecciones, jefaturas del SGSIF y UM				
		Monitoreo y evaluación	Subdirecciones y jefaturas SGSIF				
10. Reforzar y consolidar los mecanismos de Participación Social	Implementar y fomentar la participación social	Auto-cuidado de la salud (promoción) coordinación con los grupos ya formados	Subdirecciones, jefaturas del SGSIF y UM				
	La gestión de los servicios (co-responsabilidad y co-gestión)	Ejecución de actividades de prevención coordinación con los grupos ya formados	Subdirecciones, jefaturas del SGSIF y UM				
		Creación de los comités de usuarios y para veeduría ciudadana	Facilitación Sb. aseguramiento a través de seguimiento de los indicadores de calidad-Subdir. - Jef. - UM				

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	2009	2010	2011	2012
		Creación del centro de atención al usuario	Sb. aseguramiento, subdirecciones, jefaturas del SGSIF y UM				

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

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

EL GOBIERNO MUNICIPAL DEL CANTON NARANJAL

Considerando:

Que el literal b) del Art. 148 de la Ley Orgánica de Régimen Municipal, establece dentro las funciones del Municipio el de prestar directamente o por contrato o concesión los servicios públicos locales y vigilar el cumplimiento por parte de los contratistas o concesionarios de las obligaciones contractuales;

Que el Art. 8 del Código Tributario dispone el ejercicio de la facultad reglamentaria que la ley concede a las municipalidades, consejos provinciales u otras entidades acreedoras de tributos;

Que el Concejo Municipal de Naranjal en las sesiones realizadas los días 7 y 17 de marzo del año 2000 aprobó la Ordenanza para la determinación y recaudación de la tasa de recolección y disposición de desechos sólidos y aseo público, la misma que fue publicada en legal y debida forma en el Registro Oficial No. 314 del jueves 26 de abril del año 2001;

Que se hace necesaria la colaboración de la comunidad para propender al autofinanciamiento del servicio, con lo cual, además se concientiza a los vecinos del cantón acerca de los beneficios que presentan los servicios municipales brindados con forma eficaz y oportuna;

Que para alcanzar los objetivos de autofinanciamiento y de lograr servicios eficientes es necesario observar el principio de protección social a fin de que el valor por el servicio a cobrarse esté en relación con la capacidad económica del contribuyente; y,

Que en uso de las atribuciones que le confiere los numerales 1 y 49 del Art. 63 de la Ley Orgánica de Régimen Municipal, en concordancia con el Art. 240 de la Constitución de la República del Ecuador,

Expide:

LA ORDENANZA CODIFICADORA Y REFORMATORIA DE LA ORDENANZA DE DETERMINACION Y RECAUDACION DE LA TASA PARA LA RECOLECCION, TRANSPORTE Y DISPOSICION FINAL DE DESECHOS SOLIDOS Y LA FISCALIZACION DEL SERVICIO.

Art. 1.- Objeto.- La presente ordenanza tiene como objeto aplicar una tasa retributiva del servicio que presta el Gobierno Municipal de Naranjal, por administración directa, por contrato o concesión, en recolección, transporte y disposición final de desechos sólidos, y la fiscalización del servicio.

Art. 2.- Hecho generador.- Es la prestación del servicio de recolección, transporte y disposición final de desechos sólidos y la fiscalización del servicio que efectúa el Gobierno Municipal de Naranjal, a todas las personas naturales o jurídicas domiciliadas, establecidas o que ejercen actividades económicas dentro de su jurisdicción cantonal.

Art. 3.- Exigibilidad.- Los sujetos pasivos deberán satisfacer mensualmente la tasa.

Art. 4.- Sujeto activo.- Es el Gobierno Municipal de Naranjal.

Art. 5.- Sujetos pasivos.- Son sujetos pasivos todos los entes públicos, y las personas naturales o jurídicas que, como contribuyentes o responsables, deben satisfacer el pago del consumo de energía eléctrica, a las empresas encargadas de este suministro. Para el caso de las personas naturales y abonados residenciales, solo serán sujetos pasivos de este tributo quienes tengan consumos superiores a 150 kilowatios hora al mes.

Son también sujetos pasivos de este tributo, todas las personas naturales o jurídicas, domiciliadas, establecidas o que ejerzan actividades económicas dentro del cantón, que hagan uso o sean beneficiarias de la producción de energía eléctrica, generada por medios propios, o por cualesquier medio que no sea controlado o medido por las empresas que suministran este servicio, al resto de la comunidad; las que obligatoriamente instalarán medidores de energía eléctrica en sus locales, dependencias o instalaciones, que permitan establecer un equivalente al monto total mensual que satisfecería el sujeto pasivo por consumo de energía eléctrica, para la aplicación tarifaria determinada en este cuerpo legal.

Art. 6.- Base imponible.- Para los abonados residenciales cuyo consumo sea mayor a 150 kilowatios hora al mes, pero no supere los 300 kilowatios hora al mes, se tendrá como base imponible el Salario Mínimo Vital (SMVG), que se hallare vigente a la fecha del consumo de energía eléctrica,

respectivo. Para el resto de abonados, será el monto total mensual que cada usuario deba pagar por consumo de energía eléctrica.

Art. 7.- Tarifa.- Los abonados residenciales cuyo consumo sea mayor a 150 kilowatios hora al mes, pero no supere los 300 kilowatios hora al mes, pagarán una tarifa igual al diez por ciento (10%) del Salario Mínimo Vital General (SMVG). El resto de sujetos pasivos de tributo, fuera del caso anterior, pagarán una tarifa del doce y medio por ciento (12.5%) sobre su base imponible.

Art. 8.- Con fundamento en lo previsto en el primer inciso del artículo 35 del Código Tributario, y artículo 379 de la Ley Orgánica de Régimen Municipal, el Estado y todas las entidades del sector público están obligados al pago de la tasa.

Art. 9.- Costo de recaudación.- La Corporación Nacional de Electricidad S. A. (CNEL MILAGRO) o su sucesora en derecho, deducirá el quince por mil por concepto de costo de recaudación, y depositará la diferencia a más tardar hasta el 15 de cada mes en la cuenta bancaria que mantiene el Gobierno Municipal de Naranjal en el Banco Central del Ecuador; debiendo el mismo día entregar al Tesorero Municipal copia del correspondiente comprobante bancario, junto con el desglose mensual por clase de abonados y consumo en kilowatios. Por la naturaleza de la tasa, no se aplicará la tarifa del doce y medio por ciento (12.5%), ni la deducción del quince por mil, en los consumos de la propia Municipalidad vía medidor o alumbrado público.

Art. 10.- Manejo de fondos.- La recepción de los fondos por recaudación y disposición de desechos sólidos y aseo público y su control será de exclusiva responsabilidad de la Dirección Financiera del Gobierno Municipal del Cantón Naranjal, llevará una cuenta separada y especial contabilización.

Art. 11.- Normas aplicables.- Sin perjuicio del cumplimiento de las disposiciones establecidas en esta ordenanza y de lo previsto en el convenio suscrito o que suscribiere el Gobierno Municipal de Naranjal y las empresas encargadas del suministro de energía eléctrica, encargadas de la recaudación mensual de la tasa, para la exigibilidad del pago serán Código Tributario (sic); por lo que, consecuentemente, el sujeto activo podrá ejercer las facultades de la Administración Tributaria correspondiente.

Art. 12.- Derogatoria.- Derógase todas las normas reglamentarias contenidas en ordenanzas sobre determinación y recaudación de la tasa para la recolección, transporte y disposición final de desechos sólidos, barrido y limpieza de calles, y la fiscalización del servicio en el cantón Naranjal, expedidas por el Concejo Municipal con anterioridad a la presente ordenanza.

Art. 13.- Vigencia.- La presente codificación y reforma de la Ordenanza de determinación y recaudación de la tasa para la recolección, transporte y disposición final de desechos sólidos, barrido y limpieza de calles, y la fiscalización del servicio, entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial de conformidad al Art. 129 de la Codificación de la Ley Orgánica de Régimen Municipal.

Dada en la sala de sesiones del I. Concejo Cantonal de Naranjal, a los 14 días del mes de diciembre del año dos mil nueve.

f.) Tito Henríquez Martínez, Vicepresidente del Concejo.

f.) Lic. José Torres Alvarado, Secretario del Concejo Municipal.

SECRETARIA GENERAL DEL CONCEJO MUNICIPAL DE NARANJAL.- En legal forma certifica que, la ordenanza que antecede fue discutida y aprobada en las sesiones extraordinarias del Concejo Municipal de Naranjal, realizadas los días 27 de noviembre y 14 de diciembre del año dos mil nueve.

Naranjal, 17 de diciembre del 2009.

Lo certifico.

f.) Lic. José Torres Alvarado, Secretario del Concejo Municipal.

VICEPRESIDENCIA DEL CONCEJO CANTONAL DE NARANJAL.

Naranjal, 18 de diciembre del 2009, a las 09h30.

De conformidad con lo dispuesto en el Art. 125 de la Codificación de la Ley Orgánica de Régimen Municipal vigente, remito en tres ejemplares la ordenanza que antecede, al señor Alcalde para su sanción y promulgación.

f.) Tito Henríquez Martínez, Vicepresidente del Concejo Cantonal de Naranjal.

SECRETARIA GENERAL DEL CONCEJO MUNICIPAL DE NARANJAL.- Proveyó y firmó el decreto que antecede, el señor Tito Henríquez Martínez, Vicepresidente del Concejo Cantonal de Naranjal, a los dieciocho días del mes de diciembre del año dos mil nueve, a las nueve horas con treinta minutos de la mañana.

Lo certifico.

f.) Lic. José Torres Alvarado, Secretario del Concejo Municipal.

ALCALDIA DEL CANTON NARANJAL.

Naranjal, 21 de diciembre del 2009, a las 09h30.

De conformidad con las disposiciones contenidas en el Art. 126 de la Codificación de la Ley Orgánica de Régimen Municipal, habiéndose observado el trámite legal; y por cuanto, la presente ordenanza está de acuerdo con la Constitución y leyes de la República.- Sanciono la presente ordenanza para que entre en vigencia, sin perjuicio de su promulgación en el Registro Oficial.

f.) Marcos Chica Cárdenas, Alcalde del cantón Naranjal.

SECRETARIA GENERAL DEL CONCEJO MUNICIPAL DE NARANJAL.- Proveyó y firmó el decreto que antecede, el señor Marcos Chica Cárdenas, Alcalde del Concejo Municipal del Cantón Naranjal, en la fecha señalada.

Lo certifico.

f.) Lic. José Torres Alvarado, Secretario del Concejo Municipal.