	TEXTO HISTÓRICO ILUSTRATIVO PARA INVESTIGACIÓN JURÍDICA	RESOLUCIONES COMPILADAS C.D. 020 de 30 de septiembre de 2003; y, C.D. 040 de 20 de abril de 2004.
---	--	--

NOTA: EL CONTENIDO DEL PRESENTE DOCUMENTO HA SIDO CONSTRUIDO EN BASE AL TEXTO ORIGINAL DE LA RESOLUCIÓN No. C.D. 020 DE 30 DE SEPTIEMBRE DE 2003 Y SU REFORMA.

NORMAS TÉCNICAS Y CRITERIOS PARA LA CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE COMPLEJIDAD EN LAS UNIDADES MÉDICAS DEL IESS Y ACREDITACIÓN DE LAS UNIDADES MÉDICAS DEL IESS Y DEMÁS PRESTADORES DE SALUD:

I. OBJETIVO

Art. 1 OBJETIVO GENERAL: Calificar a los prestadores de salud, a fin de garantizar la calidad de la atención médica que reciba el afiliado del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, tanto en las unidades médicas institucionales como en los servicios contratados con proveedores externos.

Art. 2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Seleccionar a los prestadores médicos que cumplan con los estándares de calidad.
- Conformar la red de prestadores de salud del Seguro General de Salud Individual y Familiar del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, que incluya prestadores internos y externos.
- Establecer una base de datos comparativa de las unidades médicas capaces de cumplir con estándares o criterios selectos de estructura, proceso y resultado.
- Reforzar la confianza del usuario.
- Promover la búsqueda de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios.

II. ÁMBITO Y DEFINICIONES


Art. 3 ÁMBITO.- Establecer las condiciones de personal, infraestructura física, equipamiento, procedimientos técnicos y administrativos, que deben cumplir los prestadores de servicios de salud, a fin de garantizar la calidad de atención para los asegurados del IESS en condiciones de libre elección y conformar la red de prestadores acreditados del Seguro General de Salud Individual y Familiar.

Art. 4 LICENCIAMIENTO.- Proceso por medio del cual el Ministerio de Salud Pública, otorga el permiso a un médico o a una organización de salud para desarrollar una ocupación o profesión. Los reglamentos se establecen para asegurar que el prestador de salud cumpla con los estándares mínimos. Es un requisito obligatorio que debe cumplir el prestador de salud para otorgar prestaciones de salud.

Art. 5 ACREDITACIÓN.- Proceso formal por medio del cual la Administradora del Seguro General de Salud Individual y Familiar, reconoce que un prestador de salud cumple con los estándares preestablecidos, luego de una evaluación local y periódica, realizada por una Comisión especializada, con una validez de hasta dos años. Requisito indispensable para la contratación del prestador.

Art. 6 CERTIFICACIÓN.- Proceso por medio del cual una organización gubernamental o no gubernamental, evalúa y reconoce a un prestador de salud que cumple con los

DEROGADA ●	NOTA ACLARATORIA Y TEXTO REFORMADO ●	PERÍODO DE VIGENCIA ●
---	--	--

	TEXTO HISTÓRICO ILUSTRATIVO PARA INVESTIGACIÓN JURÍDICA	RESOLUCIONES COMPILADAS C.D. 020 de 30 de septiembre de 2003; y, C.D. 040 de 20 de abril de 2004.
---	--	--

requisitos o criterios preestablecidos. La certificación es un enfoque que emplea estándares como los que contiene la ISO 9000.

III. COMISIONES ESPECIALIZADAS, INTEGRACIÓN Y RESPONSABILIDADES

Art. 7 COMISIÓN DE ACREDITACIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.- Integrada por:

- Subdirector o Jefe de Prestaciones de Salud de la Regional, o su delegado;
- Director Médico de la Unidad de mayor complejidad de la circunscripción, o su delegado; y,
- Profesional médico especialista en el servicio que es objeto de la acreditación del IESS, designado por Director de la Administradora del Seguro General de Salud Individual y Familiar, de entre los profesionales de la salud que prestan servicio en las Unidades Médicas.

Art. 8 RESPONSABILIDADES DE LAS COMISIONES DE ACREDITACIÓN.- Las Comisiones de Acreditación tendrán las siguientes responsabilidades:

- Conformar los equipos de evaluación a las diferentes unidades médicas, integrado por: Médico clínico; Médico cirujano; Enfermera; Ingeniero civil, Arquitecto o Técnico; Delegado del área económica.
- Conocer y resolver el informe de acreditación presentado por los equipos de evaluación;
- Remitir el informe de acreditación al Director de la Administradora del Seguro General de Salud Individual y Familiar; y,
- Conformar el equipo de evaluación de los Centros de Diálisis, integrado por: Nefrólogo, enfermera, ingeniero civil o arquitecto, trabajadora social y psicólogo.

Art. 9 RESPONSABILIDADES DE LOS EQUIPOS DE EVALUACIÓN.- Los equipos de evaluación tendrán las siguientes responsabilidades:


- Cumplir con rigurosidad e imparcialidad el proceso de evaluación;
- Efectuar las inspecciones a los prestadores de salud, cumpliendo el cronograma establecido por las comisiones de acreditación; y,
- Elaborar el informe de acreditación en el plazo estipulado, para conocimiento de la Comisión de Acreditación.

Art. 10 PROHIBICIÓN DE INTEGRAR LAS COMISIONES DE ACREDITACIÓN Y EQUIPOS DE EVALUACIÓN.- No podrán ser elegibles para conformar las Comisiones de Acreditación quienes:

- Sean directivos o accionistas o tengan relación laboral con los prestadores que van a ser acreditados.
- Sean parientes en segundo grado de consanguinidad o cuarto grado de afinidad con los directivos o accionistas del prestador a ser acreditado.
- Las prohibiciones estipuladas en la Ley de Contratación Pública.

IV. DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN

DEROGADA ●	NOTA ACLARATORIA Y TEXTO REFORMADO ●	PERÍODO DE VIGENCIA ●
---	--	--


	TEXTO HISTÓRICO ILUSTRATIVO PARA INVESTIGACIÓN JURÍDICA	RESOLUCIONES COMPILADAS C.D. 020 de 30 de septiembre de 2003; y, C.D. 040 de 20 de abril de 2004.
---	--	--

Art.11 El proceso de acreditación se sujetará a las siguientes etapas:

- a. Etapa 1: Convocatoria.- La Dirección de la Administradora del Seguro General de Salud Individual y Familiar convocará, con una periodicidad no menor a tres años a las personas naturales o jurídicas, que quisieren ser acreditados como prestadores de servicios de salud a los asegurados del IESS.
- b. Etapa 2: Recepción de la documentación por parte de los prestadores.- Quince días posteriores a la Convocatoria, los prestadores de salud deberán remitir a la respectiva Subdirección o Jefatura de Prestaciones de Salud, la documentación habilitante y los formularios de autoevaluación. Los documentos deberán presentarse en formato de declaración juramentada notariada.
- c. Etapa 3: Calificación de la documentación.- Las Comisiones de Acreditación analizarán los formularios de autoevaluación y la documentación habilitante remitida por las personas naturales o jurídicas que desean ser acreditadas. Si los prestadores cumplen con lo estipulado en las bases de acreditación podrán ser inspeccionados, caso contrario, en un plazo de ocho días deberán presentar la documentación restante.
- d. Etapa 4: Evaluación.- Constatación in situ de la calidad de las instalaciones y equipos consignadas en la documentación para evaluar si cumple los estándares de seguridad e higiene. Los equipos de evaluación se reservan el derecho de efectuar la evaluación en cualquier momento. El cumplimiento de la evaluación tendrá carácter obligatorio e involucrará las siguientes actividades:
 - Observación del cuidado y los servicios proporcionados al paciente;
 - Visita del edificio y sus instalaciones;
 - Verificación del equipamiento disponible en la Unidad Médica y reportado por el prestador;
 - Evaluación de los estándares de seguridad completa del edificio, manejo de desechos, mantenimiento, limpieza y seguridad contra incendios; y,
 - Revisión de las historias clínicas de los pacientes.
- e. Etapa 5: Informe de la Comisión.- Las Comisiones de Acreditación en un plazo de diez días, posteriores a la evaluación, deberán elaborar el informe de evaluación del prestador de salud. La Subdirección de Prestaciones de Salud o Jefatura de Departamento de Prestaciones de Salud, expresará su conformidad, suscribiendo la Solicitud de Evaluación de la Unidad Médica.
- f. Etapa 6: Entrega del Certificado de Acreditación.- La Dirección de la Administradora del Seguro de Salud Individual y Familiar entregará al prestador el certificado de acreditación.

V. DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DE LA CALIFICACIÓN

DEROGADA ●	NOTA ACLARATORIA Y TEXTO REFORMADO ●	PERÍODO DE VIGENCIA ●
---	--	--


	TEXTO HISTÓRICO ILUSTRATIVO PARA INVESTIGACIÓN JURÍDICA	RESOLUCIONES COMPILADAS C.D. 020 de 30 de septiembre de 2003; y, C.D. 040 de 20 de abril de 2004.
---	--	--

Art. 12 Las personas naturales y jurídicas que deseen ser acreditados como prestadores de servicios de salud del IESS, deberán remitir la siguiente documentación:

- a. Solicitud de evaluación.- Cada prestador de salud que solicite la acreditación deberá remitir el "Formulario 1: Autoevaluación" (Anexo 1), en la cual se detallará la información general del mismo.
- b. Requisitos para los prestadores.- En el formulario 2 se ha establecido un "Listado de requisitos". El cumplimiento del literal a. Requisitos administrativos, será obligatorio para cualquier prestador de salud que desee ser calificado, los requisitos contenidos en los literales b, c y d, se aplicarán en función de los servicios ofertados (Anexo 2).
- c. Recursos Humanos del Prestador de Salud.- En el Formulario 3, "Recursos Humanos del Prestador de Salud", se detallarán los datos relevantes de los principales ejecutivos que están al frente de la Unidad Médica/Centro, al igual que el grupo de profesionales de la salud con sus respectivas especializaciones que permitan el desarrollo del servicio con un nivel de calidad adecuado (Anexo 3).
- d. Situación Económica - Financiera.- Para ser objeto de calificación por parte de la Comisión, los prestadores médicos con personería jurídica, deberán acreditar su capacidad financiera, para lo cual presentarán la información requerida en los siguientes formularios financieros: Balance General Auditado, Estado de Resultados o Estado de Pérdidas y Ganancias, Estado de fuentes y usos de fondos, Capital de trabajo, Variaciones de la situación financiera del proponente, Formulario de referencia bancarias, comerciales y financieras (Personas Jurídicas Privadas), Dictamen de los Estados Financieros del Auditor Externo (Formularios 4-9, Anexo 4), correspondientes a los dos últimos períodos fiscales.

Con base en la información de los Estados Financieros se determinarán los indicadores detallados en el Anexo 4 "Calificación de la Situación Económico-Financiera", con un puntaje de quince (15) puntos, en caso de prestadores externos y una ponderación del 5% en la calificación total.

- e. Disponibilidad de Servicios.- El formulario 10 (Anexo 5) contiene el listado de servicios y facilidades que puede ofrecer potencialmente cada unidad médica, clasificado por el nivel de complejidad correspondiente. Todas las variables tienen un puntaje similar y su ponderación representará el 30%, del puntaje total, para prestadores internos y externos.
- f. Infraestructura - Instalaciones Físicas.- Para calificar la infraestructura física de los prestadores de salud se diseñó el formulario 11 (Anexo 6), que incluye ciertos detalles de: Estructura, sistemas de ingeniería, instalaciones y equipos, clasificados por su nivel de complejidad. Todas las variables tienen similar puntaje estableciéndose la diferencia en la totalización de los mismos por cada tipo de prestador, el total será a su vez ponderada para que represente el 30% del puntaje total, para prestadores internos y externos.

	TEXTO HISTÓRICO ILUSTRATIVO PARA INVESTIGACIÓN JURÍDICA	RESOLUCIONES COMPILADAS C.D. 020 de 30 de septiembre de 2003; y, C.D. 040 de 20 de abril de 2004.
---	--	--

- g.** Equipamiento Institucional.- El formulario 12 (Anexo7) ha sido estructurado tomando en cuenta el equipamiento de cada uno de los servicios, clasificados por nivel de complejidad. A cada equipo se le ha asignado un coeficiente técnico, que refleja el costo económico del equipo al que hace referencia; este deberá ser multiplicado por el número disponible de cada uno de esos equipos, en condiciones de uso. El puntaje total equivaldrá a la sumatoria de los puntajes parciales de los equipos y sus subtotales por servicio, cuyo valor final tendrá una ponderación del 35% en el total de la calificación, en caso de prestadores externos y 40% para prestadores internos. Los prestadores que sobrepasen el puntaje del tabulador en esta categoría, para efectos de su ponderación emplearán el valor máximo señalado en el tabulador.

VI. CRITERIOS DE CALIFICACIÓN


Art. 13 Resultados.- El proceso de calificación de los prestadores de salud, podrá arrojar los siguientes resultados:

- **Acreditación.-** El prestador de servicios de salud, puede ser contratado por el Seguro General de Salud Individual y Familiar, si lo considera necesario.
- **Acreditación con recomendaciones.-** El prestador de servicios de salud, puede ser contratado por el Seguro General de Salud Individual y Familiar, si lo considera necesario, pero deberá cumplir las recomendaciones establecidas por la Comisión de Acreditación, en un plazo no mayor a un año. Luego de este período no podrá renovarse el contrato, si no hubiere cumplido con las recomendaciones.
- **Acreditación condicional o provisional.-** Cuando el prestador de servicios de salud no cumpla con alguno de los requerimientos, siempre que éstos no sean un riesgo para la atención de los pacientes, podrá ser contratado por el Seguro General de Salud Individual y Familiar, hasta por el período que la Comisión de Acreditación, considere conveniente, con un máximo de un año. Luego de este período no podrá renovarse el contrato, si no hubiere cumplido con los requerimientos.
- **No acreditación.-** Los prestadores que no hubieren entregado la documentación completa, ni alcanzaren el puntaje mínimo, no podrán ser contratados.

El puntaje total obtenido en los formularios correspondientes nos indicará si el prestador de salud está acreditado o no, para ofrecer sus servicios al Seguro General de Salud Individual y Familiar del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

Art. 14 CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE COMPLEJIDAD DE LAS UNIDADES MÉDICAS.-

El puntaje obtenido en los formularios de autoevaluación (Tabla 1, Anexo 8), deberá multiplicarse por los porcentajes establecidos en la Tabla de Ponderadores (Tabla 2, Anexo 8), para obtener el puntaje final en cada una de las categorías (Tabla 3, Anexo 8): Situación Económico-Financiera, Disponibilidad de Servicios, Infraestructura Física y Equipamiento. Los prestadores internos o externos de servicios de salud acreditados deberán obtener un puntaje dentro del rango establecido en la respectiva Tabla 3, Resultados.

	TEXTO HISTÓRICO ILUSTRATIVO PARA INVESTIGACIÓN JURÍDICA	RESOLUCIONES COMPILADAS C.D. 020 de 30 de septiembre de 2003; y, C.D. 040 de 20 de abril de 2004.
---	--	--

VII. DEL REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES DE SALUD

Art.15 REGISTRO DE PRESTADORES DE SALUD.- La Subdirección de Aseguramiento y Control de Prestaciones, consolidará la información de los prestadores a nivel nacional calificados por las Subdirecciones y Jefaturas de Prestaciones de Salud, elaborando el Registro Nacional de Prestadores, el cual contará con la respectiva clasificación regional y permitirá establecer la red de prestadores.

VIII. PROCESO CONTRACTUAL Y SEGUIMIENTO

Art. 16 PROCESO CONTRACTUAL.- Se suscribirán los contratos con los diversos prestadores, siempre que se acojan a las tarifas estipuladas en el Tarifario del Seguro General de Salud Individual y Familiar, observando los mecanismos de pago vigentes.

Art. 17 SEGUIMIENTO.- Las Subdirecciones de Prestaciones de Salud y las Jefaturas de Prestaciones de Salud, serán responsables de efectuar un control periódico de los indicadores de calidad establecidos y una verificación in situ por lo menos una vez al año, del grado de cumplimiento de cada prestador de salud. En caso de incumplimiento del prestador externo, la Subdirección o Jefatura de Prestaciones de Salud, le notificará por escrito sobre el particular; pudiendo suspender temporal o definitivamente al prestador. De existir reincidencia, se terminará unilateralmente el contrato. Si se tratare de prestadores internos se adoptarán las acciones administrativas correspondientes.

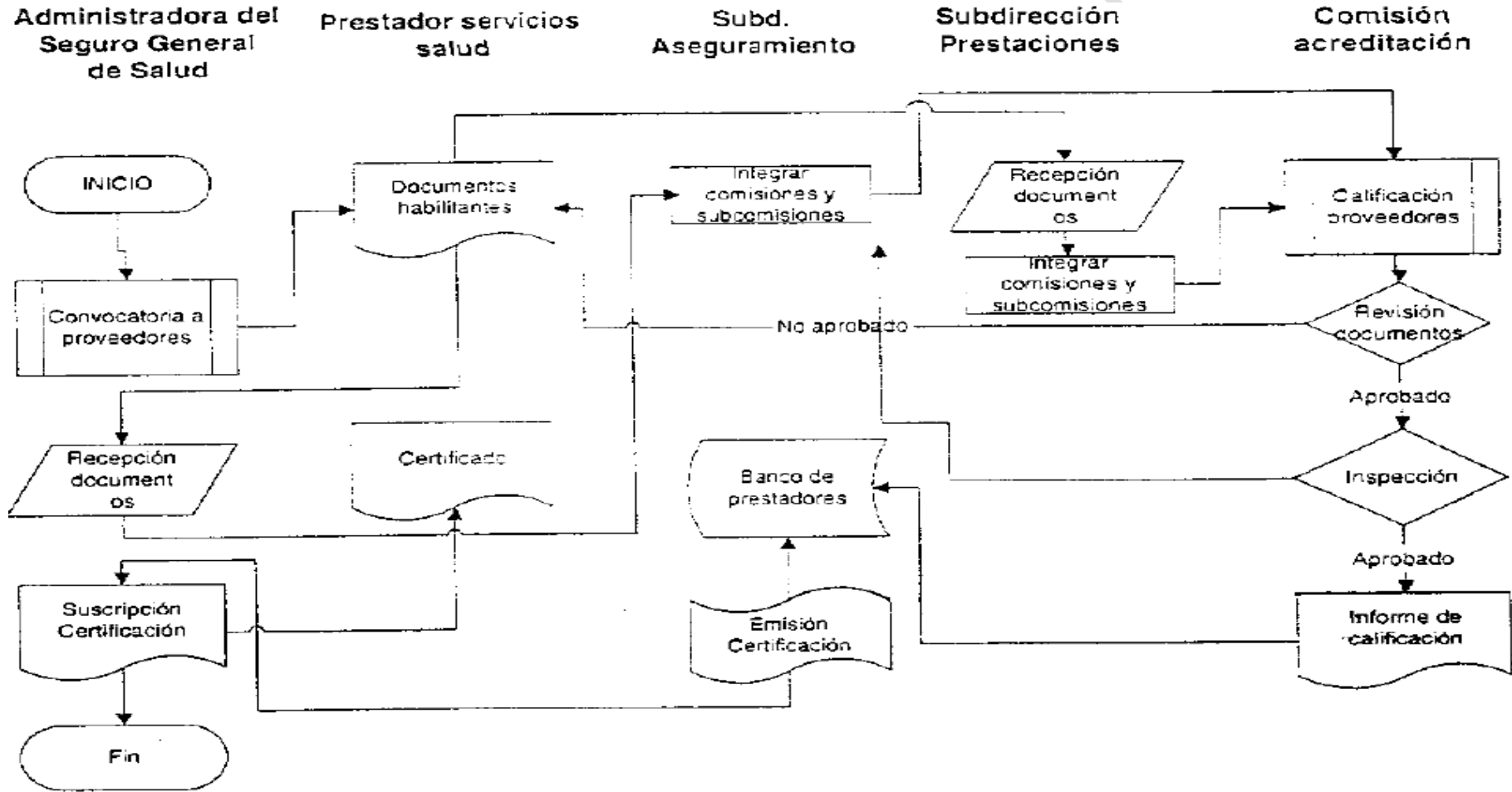
Art. 18 PLAZO.- La acreditación regirá por un plazo de tres (3) años, luego de los cuales el prestador deberá ser nuevamente acreditado.


***“Art. 19.- DE LA INCORPORACIÓN DE NIVELES Y TIPOS DE PRESTADORES.-** La inclusión de nuevos prestadores y requerimientos de acuerdo al nivel, tipo y Complejidad de la prestación, será solicitada por la Subdirección de Aseguramiento y Control de Prestaciones, previa justificación técnica. Los anexos y formularios respectivos ajustados a las necesidades y el tipo de prestador serán elaborados y aprobados por la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar.*

***Art. 20.- ANEXOS Y FORMULARIOS.-** Los anexos y formularios que se establecen en el artículo 12, letras a), b), c), d), e), f), y g), podrán ser modificados por la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, de acuerdo con la evolución, aplicabilidad y requerimientos de la prestación de salud, a solicitud del Subdirector de Aseguramiento y Control de Prestaciones”.*

NOTA: Artículos 19 y 20 agregados por Resolución No. C.D. 040 de 20 de abril de 2004. Modificación vigente desde el 20 de abril de 2004.

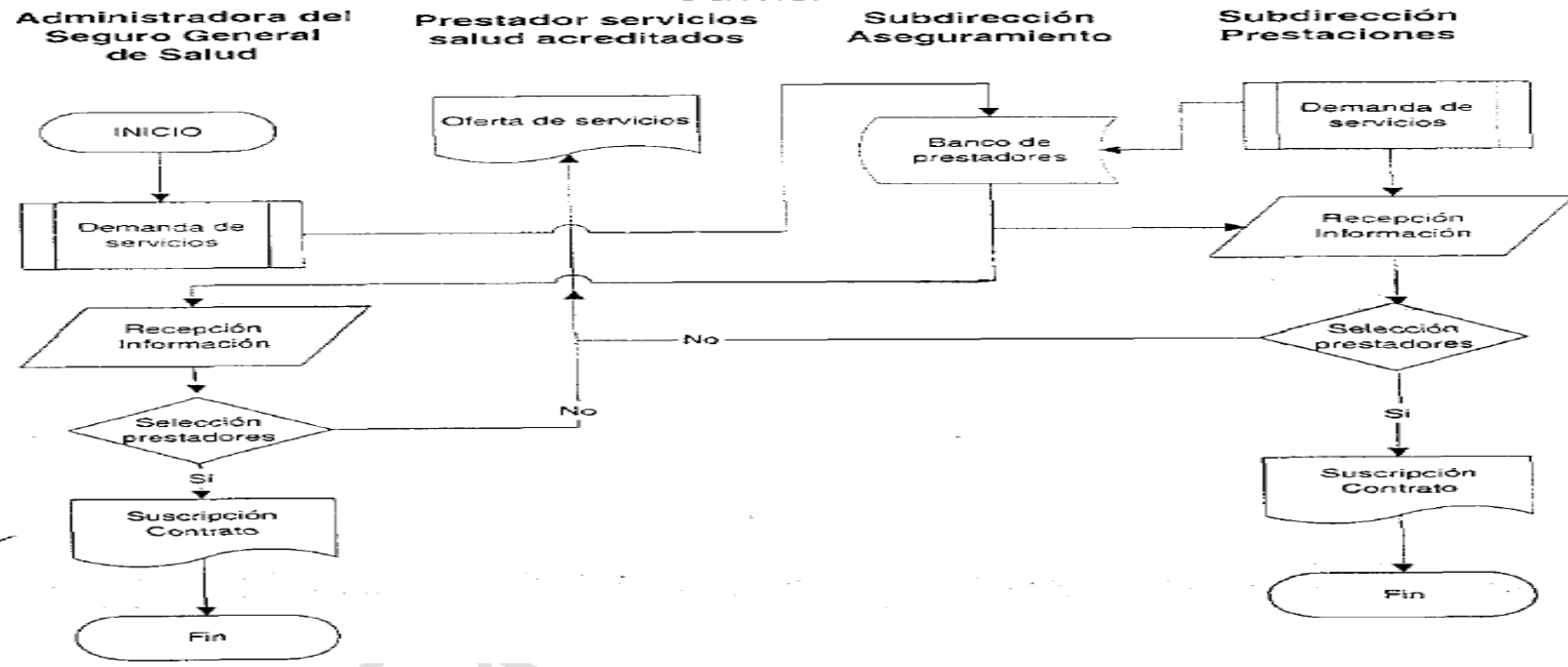
FLUJO DE CALIFICACIÓN DE PROVEEDORES DE SERVICIOS MÉDICOS



	<p align="center">TEXTO HISTÓRICO ILUSTRATIVO PARA INVESTIGACIÓN JURÍDICA</p>	<p align="center">RESOLUCIONES COMPILADAS C.D. 020 de 30 de septiembre de 2003; y, C.D. 040 de 20 de abril de 2004.</p>
---	--	--

CERTIFICADO
DE
ACREDITACIÓN

**FLUJOGRAMA DE CONTRATACIÓN DE PROVEEDORES DE
SERVICIOS MÉDICOS**



TEA

DEROGADA	●	NOTA ACLARATORIA Y TEXTO REFORMADO	●	PERÍODO DE VIGENCIA	●
----------	---	------------------------------------	---	---------------------	---



**TEXTO HISTÓRICO
ILUSTRATIVO PARA
INVESTIGACIÓN JURÍDICA**

RESOLUCIONES COMPILADAS

C.D. 020 de 30 de septiembre de 2003; y,
C.D. 040 de 20 de abril de 2004.

TEXTO REFERENCIAL