

EXPÍDESE EL REGLAMENTO PARA LA ATENCIÓN DE SALUD INTEGRAL Y EN RED DE LOS ASEGURADOS

Wednesday, 28 de April de 2010

PUBLICADO
EN SUP. R.O. Nº 173 DEL 16-ABR-2010

INSTITUTO
ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

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 período 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 cumplieren 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 cumpliera 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.