

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Posgrados

Plan de mejoramiento y optimización de las funciones del área de Control Técnico de la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Pichincha a través de un nuevo y articulado modelo de Gestión que permitan disminuir el número de objeciones y apelaciones

**Freddy Roberto Barrera Castrillón
Adriana Jacqueline Calderón Peñaherrera**

**Sandra Salazar, Dra.
Director de Trabajo de Titulación**

Trabajo de titulación de posgrados presentado como requisito para la obtención del título de Especialista de Gerencia en Salud

Quito, 22 de abril del 2019

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO DE POSGRADOS**

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Plan de mejoramiento y optimización de las funciones del área de Control Técnico de la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Pichincha a través de un nuevo y articulado modelo de Gestión que permitan disminuir el número de objeciones y apelaciones

**Freddy Roberto Barrera Castrillón
Adriana Jacqueline Calderón Peñaherrera**

FIRMAS

Sandra Salazar, MD, MPH
Directora del Trabajo de Titulación

Ramiro Echeverría, MD, MPH
Director de la Especialización en Gerencia de Salud

Jaime Ocampo, MD, PhD.
Decano de la Escuela de Salud Pública

Hugo Burgos, PhD.
Decano del Colegio de Posgrados

Quito, 22 de abril de 2019

© Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma de estudiantes: _____

Nombres: Freddy Roberto Barrera Castrillón

Adriana Jacqueline Calderón Peñaherrera

Códigos Estudiante: 205302

205305

C.I.: 1707192553

1720132818

Lugar, Fecha: Quito, 22 de abril de 2019

Agradecimientos

Queremos agradecer a las autoridades de la Coordinación Provincial, que nos ayudaron a obtener la información necesaria para desarrollar este proyecto, así como a nuestra tutora que nos ha orientado de la manera más acertada para canalizar y potenciar nuestro aprendizaje en esta especialización de Gerencia en Salud y plasmarlo en este trabajo. Gracias a nuestras familias por el apoyo en conseguir esta meta profesional.

RESUMEN

A través del sistema de coberturas de IESS, la población ecuatoriana afiliada a la institución goza de cobertura de salud, tanto para ellos como para su cónyuge o hijos menores de 18 años, así mismo de una pensión por invalidez, por vejez, entre otros servicios.

En lo que respecta al reconocimiento monetario por concepto de las atenciones de salud de los afiliados hacia los centros y/o médicos afiliados (prestadores externos) se los efectúa por parte de la Coordinación Provincial de Prestaciones de Salud de Pichincha (CPPSSP), la misma que previo al pago de los rubros, interviene directamente a través del área de Control Técnico mediante la realización de un auditoría médica de las historias clínicas para corroborar la atención y pertinencia de las mismas.

La auditoría médica es un proceso dinámico, en donde no solo nos permite corroborar la atención médica brindada, sino que es un instrumento promotor de nivel de calidad.

En el día a día, los médicos auditores ven dificultades al momento de realizar su trabajo, como son la falta de respaldo físico en la historia clínica de los procedimientos facturados, la ausencia de documentos habilitantes, códigos de derivación erróneos; todos ellos, ocasionan un número alto de objeciones y por ende de apelaciones.

La falta de gestión de los procesos en la CPPSSP, ocasiona retrasos en los pagos hacia los prestadores externos, por tal motivo el presente proyecto tiene como fin, utilizar una herramienta gerencial como lo es la Gestión por Procesos para mejorar y optimizar las funciones del área de Control Técnico, así como gestionar procesos nuevos para agilizar la Auditoría Médica, disminuyendo el tiempo como tal de trámite auditado y mejorar el proceso de recepción documental; todo esto con la finalidad de disminuir el número de objeciones y realizar el pago oportuno a los prestadores de salud.

ABSTRACT

Through the coverage system of IESS, the Ecuadorian population affiliated to the institution enjoy health coverage, both for them and their spouse or children under 18 years, as well as a pension for disability, old age, among other services.

With regard to the monetary recognition for health care of members to affiliated centers and / or doctors (external providers) are made by the Provincial Coordination of Health Benefits of Pichincha (CPPSSP), the same that prior to the payment of the items, intervenes directly through the Technical Control area by conducting a medical audit of the clinical records to corroborate the attention and relevance of the same.

The medical audit is a dynamic process, where not only allows us to corroborate the medical care given, but it is a quality level promoting instrument.

On a day-to-day basis, the auditing physicians see difficulties when carrying out their work, such as the lack of physical support in the invoiced procedures, the absence of qualifying documents, erroneous derivation codes, all of which generate a high number of objections and therefore of appeals.

The lack of management in the CPPSSP causes delays in payments to external providers, for this reason the present study aims is to use a managerial tool such as Process Management to improve and optimize the functions of the Technical Control area, as well as to manage new processes to streamline the Medical Audit, decreasing the time as such of the audited process and improve the process of documentary reception; all this in order to reduce the number of objections and make the timely payment to health providers.

INDICE DE CONTENIDOS

Tabla de contenido

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INDICE DE CONTENIDOS	7
INDICE DE TABLAS	8
INDICE DE FIGURAS	9
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.1 <i>Antecedentes.</i>	10
1.1.1 Contexto del problema	10
1.1.2 Lineamientos políticos.	13
1.1.3. Beneficiarios del proyecto.	18
1.1.4. Análisis de involucrados.	19
1.1.5. Justificación del Proyecto.	23
1.2 <i>Descripción y análisis del problema.</i>	26
1.2.1 Marco Teórico.	26
1.2.2 Magnitud del problema.	35
1.2.3 Diagrama de ishikawa.	38
1.2.4 Árbol de Objetivos.	39
1.3 <i>Análisis de alternativas de solución.</i>	40
2. OBJETIVOS DEL PROYECTO.	41
3. MATRIZ DE MARCO LÓGICO	42
4. ESTRATEGIAS GENERALES.	47
5 .PLAN DE ACCIÓN PARA LA GESTIÓN POR PROCESOS EN LA COORDINACIÓN PROVINCIAL.	48
7. MONITOREO Y EVALUACIÓN.	60
8.PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO.	62
9.CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.	63
10. RESULTADOS ESPERADOS.	64
11.BIBLIOGRAFÍA.	65

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. TOTAL EVALUACIÓN AÑO 2017.....	24
TABLA 2. TOTAL EVALUACIÓN 2018.....	36
TABLA 3. MATRIZ DE MARCO LÓGICO.....	42
TABLA 4. PLANIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE RECURSOS HUMANOS DISPONIBLES PARA EL PROYECTO.....	46
TABLA 5. ORGANIZACIÓN PARA LA GESTIÓN DEL PROYECTO.....	48
TABLA 6.: INDICADORES DE EVALUACIÓN.....	61
TABLA 7. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO.....	62
TABLA 8. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	63

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Prestadores externos pichincha.....	12
Figura 2. Organigrama CPPSSP.....	20
Figura 3: Funciones de Control Técnico.....	24
Figura 4. Total, de objeción por prestador.	35
FIGURA 5 Diagrama de Ishikawa. Problemas identificados en el área de control técnico de la CPPSSP.....	38
FIGURA 6. Árbol de objetivos.....	39
FIGURA 7. Mapa de procesos en control técnico.....	40
FIGURA 8. Plan de Acción del proyecto.....	48
FIGURA 9. Procesos de apoyo de Auditoría Médica en la CPPSSP.....	48
FIGURA 10. Establecimiento de gestión por procesos en la CPPSSP del IESS.....	56

1.Planteamiento Del Problema.

1.1 Antecedentes.

El servicio de extensión de cobertura de salud se concede en virtud de las reformas que realizó el Consejo Directivo del IESS, dirigido por Ramiro González Jaramillo, con el propósito de entregar servicios de salud de calidad, con oportunidad y calidez a los familiares de los afiliados y jubilados.

Pueden acceder:

- El cónyuge o conviviente
- Los hijos de los afiliados menores de 18 años.
- El cónyuge o conviviente con derecho de los pensionistas de invalidez y vejez del Seguro General,
- Los hijos menores de 18 años de los pensionistas de invalidez y vejez del Seguro General y pensionistas del Seguro de Riesgos del Trabajo.

Consecuentemente la demanda de atención en las unidades médicas del IESS incrementó, por este motivo se requirió contratar mayor número de prestadores externos para satisfacer la necesidad de atenciones médicas, posteriormente los prestadores demandan su pago por las atenciones médicas para lo cual ingresan al área de Auditoría Médica para realizar en análisis de los tratamientos realizados a los pacientes y por pertinencia Médica aprobar o rechazar el pago demandado por el prestador, todo este proceso se relaciona con el pago de los servicios que recibió el afiliado en prestadores externos del IESS.

1.1.1 Contexto del problema

Según el informe de auditoría del IESS disponible en la página de esta entidad, desde el año 2013 al 2017 se ha cancelado \$3226'731386.00 a los prestadores externos a nivel nacional, por valores de atenciones de salud. El IESS brinda la herramienta a los prestadores para conocer el procedimiento adecuado para formar parte de los prestadores externos de esta institución, tal es así que en el año 2016

se elabora el Manual del usuario para registro de prestadores externos, el cual fue elaborado por la Subdirección Nacional de Aseguramiento del Seguro de Salud, de esta forma pueden registrarse en el sistema informático para que posteriormente puedan ser calificados y aceptados por el área de Aseguramiento del Seguro de Salud, para empezar sus funciones como prestadores externos de acuerdo a su cartera de servicios.

Una vez que ingresan al sistema de prestadores externos, son habilitados para brindar la atención médica a los afiliados del IESS, a su vez el IESS debe realizar el control previo al pago de estas atenciones y lo hace mediante el área de Control Técnico, en el cual se realiza el proceso de Auditoría Médica realizando la verificación de las atenciones con reclamo de pago por el prestador.

El proceso de Auditoría Médica constituye una parte fundamental de la Coordinación Provincial De Prestaciones Del Seguro De Salud Pichincha, ya que mediante este proceso se verifica las atenciones médicas en prestadores externos, previo al pago a los mismos, por lo que constituye un medio de validación y contención de salida de recursos del IESS.

Esta área cuenta con un total de 60 profesionales entre Médicos y Odontólogos, los mismos que realizan la verificación de la historia clínica para validar todos los ítems facturados por el prestador en un Sistema Informático en el cual se especifica el procedimiento o insumo facturado, la cantidad y el valor de este, para realizar una Evaluación eficiente el Médico debe revisar la historia clínica para aprobar u objetar el pago solicitado por el prestador.

En la actualidad existen alrededor de 94 prestadores externos en Pichincha, entre clínicas, hospitales de segundo y tercer nivel, unidades de Consulta Externa y Unidades de Diagnostico, de éstos se ingresan mensualmente las atenciones en los trámites con los expedientes individuales de los pacientes.

Fig. 1 PRESTADORES EXTERNOS PICHINCHA



Elaborado por: IESS - CPPSSP

Las funciones principales del Médico evaluador en la CPPSSP son las de verificar y justificar el monto facturado por el prestador en la historia clínica y aprobar los valores por concepto de la atención al afiliado en un prestador externo. Este proceso sería facilitado si el evaluador Médico tuviera las herramientas adecuadas para el proceso de Auditoría, para optimizar este proceso y mejorar los indicadores de evaluación de Control Técnico de la CPPSSP.

Al verificar la documentación adjuntada en la historia clínica, se encuentran particulares tales como la falta de informes de los diversos procedimientos que han sido facturados por el prestador, lo cual produce un alto índice de objeción, en varios casos el prestador no envía estos respaldos aun cuando disponen de ellos, esto a causa de la desinformación o el desconocimiento, consideramos en nuestro trabajo que debería existir una directriz general de la historia clínica, que permita al prestador cumplir con los requisitos para el proceso de evaluación Médica.

1.1.2 Lineamientos políticos.

Base Legal

La garantía del acceso a una atención de salud como un derecho universal se registra en varias ocasiones en el Marco Legal de la Constitución de la República del Ecuador. Por lo que mencionamos las normas y leyes que amparan al proceso de convenios con prestadores externos, además de la normativa emitida por el MSP, que el IESS y la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Pichincha, a través del proceso de Auditoría Médica, debe hacer cumplir para que se apruebe la liquidación por concepto de prestaciones de salud.

La Constitución de la República del Ecuador

El artículo 32, dispone que “la salud es un derecho que garantiza el Estado, mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales, y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud.”

El artículo 361 señala que "El estado ejercerá la rectoría del Sistema Nacional de Salud a través de la autoridad sanitaria nacional, será el responsable de formular la política nacional de salud y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector".

Ley Orgánica de Salud

El literal a) del artículo 7 de la Ley Orgánica de Salud, dispone que “toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud.”

La ley Orgánica de salud, en su artículo 10 dispone que “quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyan acciones de promoción, prevención,

recuperación rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos.”

Además, con respecto al control de tarifas por prestaciones de servicios la ley orgánica de salud menciona en el artículo 182 “La autoridad sanitaria nacional, regulará y aprobará las tarifas de los servicios de salud y las de los planes y programas de las empresas de servicios de salud y medicina prepagada, de conformidad con el reglamento que se emita para el efecto.” Hacemos mención de este artículo ya que el IESS se somete a la normativa del MSP para el proceso de control de planillaje por atenciones de salud en prestadores externos.”

Ley De Seguridad Social

En el artículo 102 de esta ley se dispone que “el Seguro General de Salud Individual y Familiar protegerá al asegurado contra las contingencias de enfermedad y maternidad. La prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales estará a cargo del Seguro General de Riesgos del Trabajo.”

“El afiliado, su cónyuge o conviviente con derecho, y sus hijos menores hasta los dieciocho (18) 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.”

En el artículo 104 se especifica definiciones de los **prestadores externos** indicando que “son prestadores de los servicios de salud a los asegurados, las unidades médicas del IESS, las entidades médico - asistenciales, públicas y privadas, y los profesionales de la salud en libre ejercicio, acreditados y contratados por la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, de conformidad con la presente Ley.”

Además, en el artículo 116 menciona que “el afiliado tiene libertad para escoger la unidad donde recibir la atención médica, detallando que el asegurado, cualquiera

sea la cuantía de su aportación, tiene derecho a elegir el prestador de servicios de salud de entre las unidades médicas del IESS y los demás establecimientos y profesionales acreditados y vinculados mediante convenio o contrato con la Administradora del Seguro General de Salud Individual y Familiar. El prestador no podrá negar la atención, ni restringir el alcance de la prestación de salud, ni exigir al asegurado que pague total o parcialmente el costo de la prestación de salud, el cual será facturado exclusivamente a la Administradora de este seguro, con sujeción a esta Ley y al Tarifario aprobado por el IESS.”

“Los profesionales de la salud en libre ejercicio, interesados en prestar sus servicios bajo la modalidad de libre elección del afiliado, deberán someterse a las reglas de selección por merecimientos y oposición. Los establecimientos o entidades asistenciales de salud igualmente interesados se someterán al concurso de selección por merecimientos. En ambos casos, luego de la respectiva acreditación, los contratados deberán sujetarse al régimen de retribución por honorarios, al tarifario y a los protocolos de diagnóstico y terapéutica, de conformidad con la reglamentación expedida por el Consejo Directivo del IESS.”

“Los profesionales de la salud que ingresaren a prestar servicios en relación de dependencia en las unidades médicas del IESS, se sujetaran a las reglas de selección por concurso de merecimientos y oposición.”

El artículo 125 indica que “las atenciones IESS requieren someterse al proceso de auditoría médica obligatoria, menciona que la auditoría médica de los prestadores de salud será obligatoria, y estará a cargo de empresas especializadas, contratadas por la Administradora, con sujeción a las resoluciones de la Superintendencia de Bancos y Seguros.”

Más adelante en el artículo 126 nos indica las funciones de esta Auditoría médica, declarando que “tendrá a su cargo el examen objetivo, sistemático y periódico del cumplimiento de los protocolos de diagnóstico, terapéutica y prescripción farmacológica; y el establecimiento de responsabilidades por inobservancia de las normativas del Instituto sobre estas materias.”

Convenio marco interinstitucional entre el Ministerio Del Interior, Ministerio De Defensa, Instituto Ecuatoriano De Seguridad Social, Instituto De Seguridad Social De Las Fuerzas Armadas, Instituto De Seguridad Social De La Policía Y El Ministerio De Salud Pública para integrar la Red Publica Integral de Salud

“El 10 de abril del 2012 se suscribió este convenio marco con el objetivo de *establecer mecanismos de articulación entre las instituciones públicas prestadoras de salud y las instituciones públicas aseguradoras de salud, para integrar la Red Publica Integral de Salud*. Dentro de este convenio los afiliados del IESS tienen derecho de atención en las casas de salud de los miembros de este convenio, por lo que las auditorias que se lleva a cabo en la CPPSSP también corresponden a atenciones en estos prestadores.

Acuerdo ministerial 00005309

Esta normativa emitida por el MSP en lineamientos generales establecidos en esta norma, en el literal d) de garantía de calidad numeral 2 indica: “que las instituciones aseguradoras pueden realizar visitas de control técnico médico como mecanismo de garantía de la calidad de la atención de los prestadores.”

Adicional en el literal F numeral 2 indica: que el reconocimiento económico se realizará *“luego del respectivo procedimiento: recepción y revisión documental, control técnico médico, control de liquidación y tarifas, denominado Auditoría de la calidad de la Facturación de los Servicios de Salud.” Para dar cumplimiento a esta normativa se trabaja en el área de Control Técnico en la CPPSSP.*

Además, en el mismo literal en el numeral 5 se indica: “que las tarifas planilladas por los prestadores no podrán ser superiores a las del Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud”.

Acuerdo ministerial MSP 0091-2017

El Acuerdo Ministerial que regula los procedimientos para prestadores externos se registra en Norma Técnica Sustitutiva de Relacionamiento para la Prestación de

Servicios de Salud entre instituciones de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria, y su relacionamiento, acuerdo ministerial MSP 0091-2017, con registro oficial Edición Especial Nro. 20, de 28 de junio de 2017. El IESS constituye una aseguradora que forma parte de la RPIS se acoge a esta normativa, y además tiene la obligación de verificar el cumplimiento de este manual de procedimientos para los prestadores externos.

Tarifario de prestaciones para el sistema nacional de salud

La publicación oficial del Tarifario vigente lo define como “un instrumento técnico, que permite regular y estandarizar el sistema de compensación económica por los servicios de salud, que se intercambian entre los subsistemas, favoreciendo la interacción entre instituciones públicas, y entre estas y las instituciones de salud privadas, en el marco constitucional vigente, en el Plan Nacional del Buen Vivir, en otras leyes y reglamentos del sector de la Salud.

Al momento se espera la aplicación del nuevo Tarifario 2018, el mismo que es una actualización del Tarifario 2014.

Resolución No. C.D. 535

Las diferentes responsabilidades y productos de cada área administrativa del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social se registran en la Reforma integral al Reglamento Orgánico Funcional del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, resolución No. C.D. 535.

Según esta resolución la función de la Coordinación provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Pichincha es “Dirigir y administrar el sistema del seguro de salud en su jurisdicción, referente a la implementación de las políticas de salud, modelos, normas y otras directrices estratégicas; así como la articulación de las redes pública y complementaria de salud en su jurisdicción.”

La organización de la CPPSSP mencionada en este documento, indica los siguientes procesos:

- Aseguramiento del Seguro de Salud.

- Provisión de Servicios de Salud.
- Garantía de la calidad de los Servicios de Salud.
- Vigilancia y Gestión de la Información del Seguro de Salud.
- Gestión Financiera del Seguro de Salud.

Las gestiones internas de la CPPSSP se mencionan en el organigrama que se expondrá más adelante.

1.1.3. Beneficiarios del proyecto.

La gestión por procesos establece una coordinación de las actividades en los diferentes procesos de la Coordinación Provincial, con el objetivo de mejorar la productividad del área de Control Técnico garantizando mejoras en el proceso de Auditoría.

En este proyecto se busca proponer actividades que contribuyan al fortalecimiento del área de Control Técnico, con la finalidad de disminuir el índice de objeciones en las planillas presentadas por los prestadores externos del IESS, y consecuentemente disminuir el índice de objeciones u apelaciones de este proceso. El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social se encuentra retrasado en el pago de las prestaciones de salud, debido al gran volumen de trámites ingresados. Tal es así que en ocasiones ha contratado a empresas de Auditoría Médica sin resultados favorables.

Para el mes de febrero del 2019 el IESS mantiene la deuda por 81'216.985 millones en total de los trámites ingresados por los prestadores externos (datos de la CPPSSP) mensualmente se evalúa aproximadamente 15 millones de dólares en conjunto del personal de Auditoría Médica de Unidades externas. El trabajo en Control Técnico o Auditoría Médica es fundamental ya que permite el control de salida del dinero del IESS hacia los prestadores externos, constituyendo un filtro para los pagos de las planillas ingresadas por el prestador.

En el año 2017 con el informe de Contraloría (DAAC-0059-2017, se encuentra publicado en la página web del organismo de control) se afirmó que el área de Control Técnico estaba incompleta, desorganizada y no se realizó la validación de

las prestaciones reportados, provocando un pago inadecuado de las prestaciones de salud. Por este motivo en ese mismo año se incrementó el número de profesionales en el área de Auditoría Médica de la Coordinación Provincial y se terminó el contrato con la Empresa externa de Auditoría Médica PROSICK.

El área de Control Técnico emite informes de los prestadores con las principales novedades encontradas en el proceso de Evaluación Médica sin embargo estos informes no llegan al prestador para corregir los errores de facturación, por lo que consideramos que al establecer el contacto con el prestador de salud, a través de un delegado del IESS y de la casa de salud, realizando de este modo un proceso de retroalimentación y de esta forma conseguir agilizar el proceso de Auditoría Médica, esta es una de las actividades propuestas en este proyecto en la gestión por procesos para beneficio mutuo de la CPPSSP y del prestador externo que realiza la atención de salud.

1.1.4. Análisis de involucrados.

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, para el cumplimiento de sus competencias, atribuciones, misión y visión, desarrolla diferentes procesos como lo hemos mencionado previamente, a continuación presentamos el organigrama con los procesos de la Coordinación para describir de qué forma están involucrados en este proyecto.

Figura 2. Organigrama CPPSSP



Elaborado por: CPPSSP - IESS

En este proyecto se propone intervenir en el área de Gestión de Control Técnico del Seguro de Salud para obtener mejoras en los resultados de este proceso, mediante herramientas de gestión de procesos que permitan interrelacionar los subprocesos de la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Pichincha en donde se reciben las planillas de atenciones de salud de los afiliados en los prestadores externos con los cuales el IESS mantiene convenio.

Para tener una idea más clara de los procesos a implementarse, expondremos las principales competencias, relacionadas con los prestadores externos, de las áreas en las cuales se propone algún tipo de intervención en este proyecto.

Con el fin de dar cumplimiento a las atribuciones dispuestas en el Reglamento Orgánico Funcional del IESS, resolución 535, gestión interna se registran sus atribuciones:

ASEGURAMIENTO DEL SEGURO DE SALUD

“Atribuciones y responsabilidades literales a y g:

- a) Coordinar y dirigir el seguimiento de la implementación de políticas, normas y reglamentos de los establecimientos de salud del IESS a la Red Pública Integral de Salud; así como, de los convenios de servicios al interior de la Red Pública y Red privada Complementaria, de su jurisdicción;*
- g) Coordinar la ejecución de las auditorías de calidad de la facturación de las cuentas médicas; de su jurisdicción.”*

PRODUCTOS literal4:

“Informes sobre la aplicación de la cartera de servicios definida por la Autoridad Sanitaria nacional en la Red Interna y Red privada Complementaria.”

CONTROL TÉCNICO DEL SEGURO DE SALUD

“PRODUCTOS:

- 1. Informes de calidad de auditoría de la atención de casos y/o temas seleccionados y priorizados de su jurisdicción*
- 2. Informe de auditoría de las derivaciones de su jurisdicción*
- 3. Informes de control y evaluación de la aplicación de metodologías para la entrega de prestaciones económicas por enfermedad y maternidad de su jurisdicción. “*

GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DEL SEGURO DE SALUD

“En su literal a, b y c expone lo siguiente:

- a). Coordinar y monitorear la implementación de los modelos de calidad de la atención y seguridad del paciente a nivel del territorio con las áreas correspondientes.*
- b). Realizar el seguimiento de los proyectos para la mejora continua de la atención y seguridad del paciente de los establecimientos de salud del IESS en su jurisdicción.*
- c) Coordinar con la unidad correspondiente la implementación de los lineamientos*

definidos por el nivel central respecto al modelo de calidad, licenciamiento y acreditación, de los establecimientos de salud de su jurisdicción.

PRODUCTOS literal 6 y 7:

6. Quejas y reclamos atendidos, en coordinación con la unidad correspondiente

7. Cumplimiento de auditorías de la calidad de la atención y salud en coordinación con las unidades Médicas.”

PRESTADORES EXTERNOS

Adicionalmente consideramos que un involucrado en este proyecto son los prestadores de salud externos que mantienen un contrato de prestación de servicios de salud con el IESS, ya que al obtener lineamientos y procesos puntuales se conseguirá un pago justo y oportuno por las atenciones a los afiliados. Motivo por el cual implicamos al prestador externo como un beneficiario de este proyecto al cumplir adecuadamente cada punto del contrato al cual están sujetos (fuente contrato: CPPSSP):

▪ **Objeto del contrato.**

- El prestador se obliga con el IESS a prestar los servicios, procedimientos y/o paquetes del plan de beneficio de salud ofertados como (clasificación por nivel de complejidad)
- Dar tratamiento integral a la atención.
- En el paquete de prestaciones se incluye, en una sola tarifa todo el costo de la atención no complicada, conforme al tarifario vigente.

▪ **Obligaciones del prestador.**

- Tiene prohibido negar la atención y realizar cobros adicionales al paciente.
- El prestador debe dar un tratamiento integral al asegurado sin discriminación de ninguna naturaleza, ni falta de calidad del servicio.
- La solicitud/reclamo de pago mensual por las prestaciones debe incluir: los honorarios del profesional de salud, servicios institucionales, laboratorio, imagen, insumos, medicamentos, datos de afiliación, entre otros.

- Deberá adjuntar en sobre cerrado la encuesta de satisfacción del servicio, debidamente suscrita por el beneficiario.
- Otorgar facilidades al personal del IESS debidamente autorizado, para la revisión y control de la historia clínica y áreas donde reciba atención el paciente.
- Entregar el servicio de óptima calidad, observando las normas sanitarias y de salud vigentes en el país.

- **Obligaciones del IESS.**
 - ✓ Coordinará con el prestador, para que los servicios sean proporcionados de manera equitativa, oportuna, eficiente y con calidad.
 - ✓ Receptar quejas y sugerencias, de tal forma que se den respuestas en las 24 horas posteriores a la hora y fecha de recepción. 12 o Evaluar, auditar, controlar y verificar el cumplimiento de las obligaciones del prestador.

Es importante mencionar que en los contratos con los prestadores externos se establecen las responsabilidades de forma bilateral, y menciona que el IESS debe coordinar con el prestador que los servicios brindados sean de calidad, por lo que nuestro proyecto se ve respaldado en este punto del contrato.

1.1.5. Justificación del Proyecto.

La gestión por procesos también denominada como BPM, por sus siglas en inglés de Business Process Management, remonta sus inicios a la década de los 80's, y su incursión en el sector salud se ha incrementado progresivamente.

La palabra proceso proviene del latín processus que significa, avance y progreso. Se puede definir como el conjunto de actividades y tareas con miras de obtener resultados, gestionando de manera estructurada los procesos para obtener beneficios tanto para el cliente como para la empresa.

Los diferentes procesos de la CPPSSP trabajan de manera independiente, por lo que vemos necesario la coordinación y gestión de sus actividades ya que en sus productos siempre se enfocan el cumplimiento de la normativa y la articulación de las Red nacional y complementaria de Salud, por lo que es necesario poner en

práctica la gestión de procesos con el objetivo de contribuir en el fortalecimiento del área de Control Técnico y además obtener un beneficio mutuo gracias a una retroalimentación con las actividades propuestas.

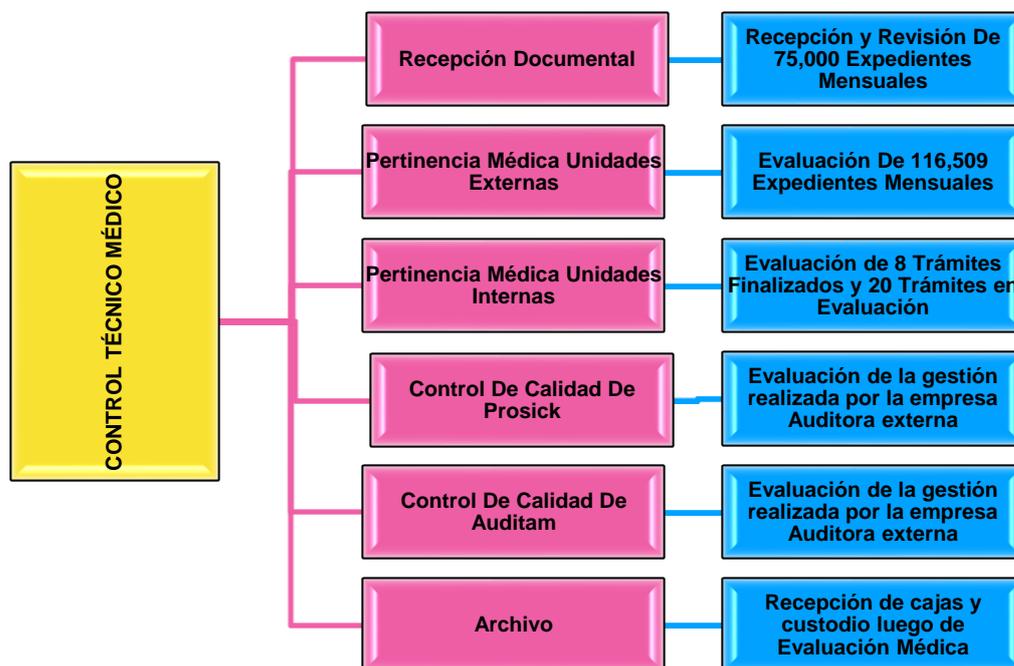
Tabla 1. TOTAL EVALUACIÓN AÑO 2017

	2017
VALOR SOLICITADO	190.529.089,10
VALOR APROBADO	75.168.380,05
VALOR OBJETADO	35.717772,33
VALOR PAGADO	110.886.152,38

Fuente: CPPSSP – IESSS

En el año 2017 el total de planillas de prestaciones en unidades externas del IESS sumó más de 190 millones de dólares (Tabla 1), y aún con el valor pendiente por auditar en este año (79´642.937 millones), el porcentaje de objeciones fue del 32% aproximadamente, esto debido a errores de diferentes áreas desde el planillaje inadecuado del prestador, revisión inadecuada de documentos habilitantes en recepción documental, inadecuados códigos de derivación desde Articulación del Seguro de Salud inclusive errores en la aplicación de la normativa vigente para evaluación médica en el área de Pertinencia Médica. Todos estos errores pueden ser corregidos mediante una evaluación de las funciones y actividades que realiza cada área, y mediante el establecimiento de un proceso se conseguirá disminuir o eliminar los errores mencionados, de tal forma que la CPPSSP trabaje mediante gestión de sus procesos internos para beneficio tanto de los afiliados como del IESS.

Figura 3: Funciones de Control Técnico



Elaborado por: CPPSSP - IESS

En Pertinencia Médica de unidades externas se evalúan De 116,509 Expedientes Mensuales aproximadamente, entre atenciones ambulatorias, de hospitalización, hospital del día, hemodiálisis, odontología y atenciones de Emergencia en unidades externas del IESS. (figura 3)

1.2 Descripción y análisis del problema.

1.2.1 Marco Teórico.

“LA AUDITORÍA DEBE SER USADA PARA PROMOVER LA CALIDAD, NO PARA INSPECCIONAR” Kaoru Ishikawa (Japón, 1915 – 1989)

AUDITORIA MEDICA

Uno de los principales objetivos de los países con respecto al área de salud, es el de intervenir en la calidad de vida a través de programas eficientes y eficaces que mejoren la atención de los servicios de salud, que conlleven al aumento de los niveles de salud de la población y con ello a mejores condiciones de vida.

La auditoría se fundamenta en dos pilares: el mejoramiento continuo y la atención centrada en el cliente. Sin desmerecer la parte ética, la confidencialidad y que debe estar basada en hechos.

- Con *mejoramiento continuo* entendemos a todas las actividades o conjunto de acciones encaminadas a resolver los conflictos que en una institución hubiera, así como a la ejecución de sus objetivos. Lo podemos ver como un proceso de Autocontrol, centrado en el cliente y sus necesidades.

Existen varias herramientas para realizarlos, pero básicamente se utiliza el ciclo de Deming o PHVA (Planificar, Hacer, Verificar y Actuar)

- Con respecto a lo segundo, tenemos 2 tipos de clientes, internos o externos:
 INTERNOS: Son aquellos que laboran dentro de la empresa y que dependen de otras personas para realizar su propio trabajo
 EXTERNOS: Son aquellos que no trabajan en la empresa pero que recibe el producto de la empresa.

La auditoría de la Salud se inició como un registro estadístico poblacional, para luego en el siglo XX ser vista como un sistema de acreditación de hospitales, cuyo

énfasis era el perfeccionamiento de las historias clínicas, para procurar que el paciente reciba la mejor atención posible, con ello elevando la CALIDAD de la ATENCIÓN, todo esto a través de la creación de programas que garanticen la calidad de los usuarios, exigiendo estándares de calidad y diseñando indicadores que sean aplicables para el uso interno como también para acceder a acreditaciones internacionales.

La auditoría de la calidad de la atención médica tiene una función preventiva y otra correctiva; ambas funciones son un pilar fundamental para otorgar un máximo beneficios a los usuarios que reciben atención en salud. Para ello todos los establecimientos de salud públicos y privados deben contar con un instrumento de cumplimiento estricto que garantice la calidad del proceso de atención brindada.

A la auditoría la podemos concebir como una herramienta de evaluación sistemática, cuyo fin es el contribuir al mejoramiento y mantenimiento de la Calidad de la Atención en Salud; así como también para la toma de decisiones en beneficio de la institución.

En otras palabras, diremos que la auditoría en salud se ha constituido en un componente defensor del paciente, de la práctica médica y de la viabilidad institucional de muchos hospitales.

En nuestro país, y debido al aumento de demandas en los últimos tiempos por concepto de mala práctica médica, se ha visto en la necesidad, en especial las entidades públicas, de crear programas dirigidas por una auditoría de calidad de la atención de salud para solventar estos problemas, aunque debido a la ambigüedad de la normativa esto se lo realiza de forma parcial.

ANTECEDENTES

"El proceso de auditoria medica como se puede evidenciar y leer es llevada a cabo desde muchos siglos atrás, empezando con el desarrollo de estadísticas nacionales de nacimientos y muertes en

el Libro Domesday de 1066". Haskins Society Journal 19: Studies in Medieval History, 2007.

Abraham Flexner en 1910 en un reporte para la Fundación Carnegie textualmente dice que observó "hospitales miserables, trampas mortales sin equipos suficientes para hacer un examen clínico ordinario" esto dio inicio a que el Colegio Americano de cirujanos estableciera estándares mínimos para la profesión y que la educación médica estuviera a cargo de las Universidades. Esto conllevó en la no-acreditación de 47 facultades de Medicina.

En 1918 el Colegio Americano de Cirujanos (ACS - E.U.) define los principios de la estructuración orgánica hospitalaria, y los criterios mínimos de acreditación. El primer gran intento inglés para realizar auditoría fue el llevado a cabo por el Royal Collage of General Practitioners en 1977. Estos identificaron y analizaron varias dificultades entorno a la calidad hospitalaria, y resaltaron la importancia y el potencial de la auditoría médica, en estos casos, para así poder mejorar los indicadores de calidad de cualquier establecimiento hospitalario. En el año de 1980 se retomó dicha experiencia, para ser aplicada a las instituciones prestadoras de salud modernas. En Canadá, por 1983 se instaura como política pública la aplicabilidad e implementación del sistema de la garantía de la calidad.

Todos estos antecedentes conllevaron a que en 1985 se creara la Sociedad Internacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

TIPOS DE AUDITORIA

El ciclo de la auditoría abarca varios pasos que van desde el planteamiento de criterios y estándares, la revisión de historias clínicas, colección de datos, análisis de los hallazgos, implementación y monitoreo de los cambios, para luego cerrarse y nuevamente repetirse el ciclo.

Existen diferentes tipos como clasificaciones de auditoría médica, entre estas, podemos mencionar las siguientes:

- ***Auditoría Externa:***

Como su nombre lo indica, es realizada por personal profesional que no pertenece a la institución, como es el caso de la contraloría que fiscaliza la mayoría de las instituciones públicas del país

- ***Auditoría Interna:***

Realizada por el propio personal que trabaja en la institución, con el fin de realizar procesos de retroalimentación que sirvan a la mejora continua tanto del personal como del centro de salud.

- ***Auditoría de Estructura:***

Tiene que ver con lo referente a Acreditación de Servicios y Hospitales.

- ***Auditoría de Proceso:***

Referida a los instrumentos que permitirán realizar el procedimiento de evaluación.

- ***Auditoría de Resultado:***

La que en base de los indicadores y resultados de la evaluación, planteará las recomendaciones pertinentes sobre cada caso en concreto.

- ***Auditoría de Gestión:***

Esta nos proporciona una evaluación independiente sobre el rendimiento de una entidad, programa o actividad, orientada a la mejora. El ciclo de la auditoría comprende desde el planteamiento de criterios y estándares, la revisión de historias clínicas, colección de datos, resultados, análisis de los hallazgos, implementación y monitoreo de los cambios, cerrándose y repitiendo el ciclo nuevamente.

- ***Auditoría de Terreno:***

La auditoría en terreno se inicia con el registro de los aspectos más relevantes que se merezcan observar, esto es, buscar una interrelación entre una situación observada y el marco normativo o técnico (indicadores). También estas Auditorías Médicas se realizan con el fin de evaluar la idoneidad de los prestadores en

caso que las prestaciones sean realizadas en Domicilio para Pacientes en Internación Domiciliaria o en Instituciones de Rehabilitación

Como su nombre indica, *Auditoría de Terreno*, por una parte se refiere a la evaluación en tiempo real y en el lugar donde se realiza la atención de salud, aplicando la racionalidad y pertinencia clínica sobre el uso de procedimientos, insumos, medicamentos y el tiempo de permanencia hospitalaria sea adecuada y por otro lado indica la accesibilidad de los usuarios a la red de salud, así como el cumplimiento de la normativa vigente al momento de la facturación, evitando el sobreprecio y/o cobro de procedimientos innecesarios.

VALORES DE LA AUDITORÍA MÉDICA

- **Objetividad:**

Basada en realidades observadas y analizadas con unidad de criterios científicos, técnicos y administrativos.

- **Confidencialidad:**

Divulgación de resultados únicamente con fines educativos y de mejoramiento, no debe ser de conocimiento general los nombres de los protagonistas de los casos.

- **Confiabilidad:**

Garantiza la disponibilidad, consistencia y correcta utilización de los datos.

- **Honestidad:**

Actúa sin discriminación, con veracidad y justicia en todos sus actos, conceptos y recomendaciones.

- **Planeación:**

Responde adecuadamente a las preguntas: qué necesito auditar, para qué, cuánto, cómo, con qué recursos y qué indicadores utilizó.

- **Continuidad:**

Permanente en el tiempo, como parte de los planes y programas institucionales de calidad.

- **Flexibilidad:**

Que sea adaptable a las condiciones, recursos y necesidades de la institución

- **Eficacia:**

Buscar cumplir los objetivos aplicando el mejor conocimiento técnico – científico y del talento humano, con criterios de oportunidad, calidad y rentabilidad.

- **Calidad:**

Orientado a buscar soluciones para la mejoría continua de los patrones que caracterizan la gestión hospitalaria.

PRINCIPIOS ÉTICOS

El auditor médico consciente del papel que juega en la interacción del individuo, en la institución de salud y sociedad debería tener claros los siguientes principios:

- **Integridad:**

En su ejercicio profesional se espera que actúe íntegramente, esto es, con rectitud, honestidad y sinceridad.

- **Objetividad:**

Consiste en ser imparcial en sus actuaciones sin interponer buscar su beneficio personal antes que el de la institución.

- **Responsabilidad:**

Es un principio elemental de ética que está implícito en todas las actuaciones del auditor, lo que permite que sus actuaciones sean confiables.

- **Confidencialidad:**

Se requiere de un compromiso de confidencialidad del médico hacia el prestador auditado como al IESS en general. Para esto se firma un acuerdo previo al inicio de las gestiones

- **Competencia profesional**

El auditor médico no sólo deberá realizar el trabajo asignado, en base a su competencia sino que deberá también recurrir a otros profesionales en aquellos campos que no sean de su especialidad.

- **Normas técnicas:**

Utilizando la normativa y acuerdos vigentes el auditor deberá cumplir su trabajo profesional para cumplir los objetivos propuestos, del mismo modo deberá contar con instrumentos y documentación que valide su actuación.

- **Respeto con los colegas:**

Consiste en no afectar negativamente la honra y fama de sus colegas con el fin de sacar provecho de sus actuaciones.

- **Conducta ética:**

El auditor médico debe abstenerse de realizar actos que atenten contra la profesión; procediendo en todo momento de acuerdo a los principios éticos fomentados universalmente; actuando siempre en forma leal, digna y de buena fe; evitando su participación en acciones fraudulentas de cualquier índole.

- **Respeto a las instituciones y áreas auditadas.**

Con el fin de que sus análisis sean objetivos, el auditor no puede aplicar normas ideales, sin tener en cuenta la forma operacional de la institución que audita. Para mantener una armonía al momento de realizar su trabajo.

GESTIÓN POR PROCESOS

La gestión por procesos es una herramienta o estrategia gerencial que surge con la finalidad de hacer eficientes a las organizaciones a través de los procesos ligados a los clientes y los productos que ellos esperan de la organización. Se lo conoce también como BPM, por sus siglas en inglés “*Business Process Management*”, sus inicios se remontan a la década de los 80’s, y su incursión en los diversos campos productivos de la actividad humana se ha incrementado progresivamente.

En este proceso, siempre se realiza todas las actividades pertinentes de la empresa de manera conjunta y no por separado. Esto es, mediante secuencias de actividades que están orientadas hacia la obtención de un valor añadido que ocasionará conseguir los resultados esperados. En otras palabras, es centrar la atención en los procesos como núcleo principal, para luego poder fundamentar las acciones destinadas a la mejora continua de la atención sanitaria.

“La cadena de valor es un concepto teórico”, definido y popularizado por el profesor Michael Porter en su obra *Competitive Advantage*, que describe el modo en que se desarrollan las acciones y actividades en una empresa. Dicho concepto tiene una gran relevancia para la gestión basada en procesos, puesto que distingue distintos eslabones interrelacionados entre sí en todo circuito productivo. De esta forma, existirían las actividades primarias, enfocadas a la elaboración física de los productos y las acciones de apoyo, que no proporcionan valor en sí mismas, pero no por ello carecen de importancia.

En el sector sanitario los procesos clave se centran en la atención al **paciente**; la mejora del proceso necesita la implicación de todos los profesionales (partes involucradas) y la toma autónoma de decisiones, consensuado entre los mismos, utilizando la evidencia científica a través de documentos prácticos de uso (guías, vías de práctica clínica), y todo esto desarrollado dentro de un sistema integrado.

Definición de proceso

Proviene del latín *processus*, que significa avance y progreso. Un proceso es un conunto de actividades de trabajo interrelacionadas que se caracterizan por requerir ciertos insumos (inputs) para generar resultados.

Tambien se lo puede definir como la gestión de las actividades de una empresa que intercaccionan mutuamente para generar resultados. Proceso no es lo mismo que procedimiento, un procedimiento indica las reglas o pautas para una determinada actividad, un proceso indica que es lo que se hace y un procedimiento determina como hacerlo.

Es importante identificar que para cada proceso los integrantes se vinculan de diferente forma. Como el sector salud no es propiamente una organización no se puede establecer las usuales relaciones entre las unidades orgánicas de la organización (Agentes internos) y los clientes (Agentes externos).

Como se ha dicho anteriormente los Procesos e integrantes se relacionan de varias maneras según las circunstancias de cada uno de ellos. Por obvias razones, en la posición de clientes en los Procesos Operativos, cada uno de los integrantes tiene sus expectativas y necesidades, lo que determina que tenga que ofrecérseles productos diferentes.

Los procesos deben ser evaluados periódicamente. Este es un aspecto de gran importancia y a menudo olvidado por parte del personal responsable en desarrollar este tipo de actividad. Partiendo de las evaluaciones podremos determinar los puntos débiles y de esta forma se puede establecer una estrategia diferente a la ya propuesta, para así encaminarla hacia el mejoramiento del funcionamiento, contribuyendo esto a aumentar la eficacia.

Para realizar la evaluación debemos comparar nuestro proceso con medidores de nivel de excelencia de los procesos que utilizan las empresas afines de mejor desempeño, para así establecer cuál es la tendencia deseable de su

comportamiento, de forma tal que los procesos analizados puedan ser comparables con un patrón de excelencia funcional.

Posteriormente se instaura un plan de mejoras, que parte de los resultados obtenidos donde se han definido los problemas que tienen mayor impacto sobre el proceso ya sea de forma individual como sobre los objetivos específicos de la empresas y también las posibilidades reales de darle solución de forma viable a la empresa, por lo que se procede a definir un plan de mejoras del proceso definitivo con el mayor grado de detalle, donde se incluirán las acciones a realizar, los recursos materiales, financieros y humanos a emplear, el responsable directo de implementar la mejora y el impacto que esta tendrá sobre el proceso y la organización

El ver a los procesos de una manera integral, nos ayuda a entender al sector salud, como el IESS, a sus prestadores tanto internos como externos, y los objetivos que se debe alcanzar como parte del desempeño del Estado ante la sociedad y el país. De esta manera, el ideal de mejorar el nivel de salud de la población y de alcanzar la equidad en salud, es posible planificarlo y desarrollarlo desde una perspectiva en el que están identificados los diversos niveles involucrados, del propio Estado y del sector privado.

1.2.2 Magnitud del problema.

Para el año 2018, el porcentaje de objeción se redujo considerablemente al 20,36%, el total Evaluado para este año fue de \$171´891.694,12 y el valor objetado total fue de \$34´999.780,34. Debemos considerar que en este año se presentó una alta rotación de personal en Control Técnico, lo cual afecta al proceso de auditoría, prolongando el tiempo de Auditoría ya que se requiere capacitación del personal médico nuevo.

En la tabla a continuación, se detalla el valor ingresado por mes y el total aprobado y objetado en cada caso.

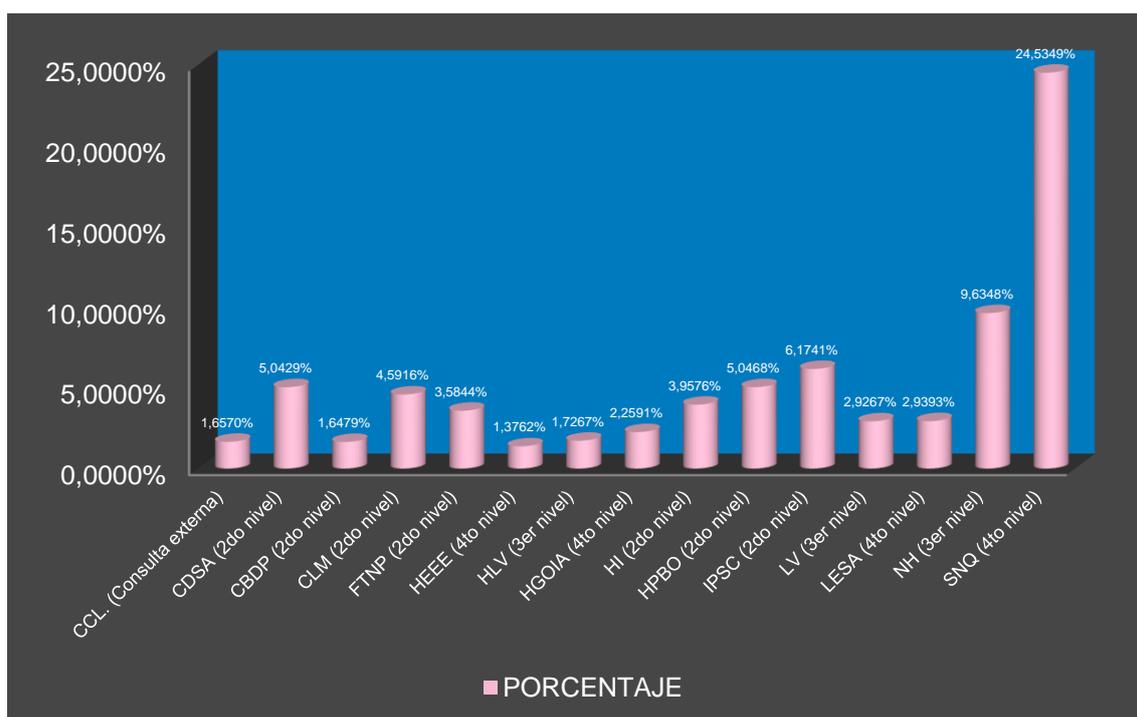
TABLA 2. TOTAL, EVALUACIÓN 2018

EVALUADO 2018			
MES DE REPORTE	Suma de Valor Ingresado	Suma de Valor Objetado	Suma de Valor Aprobado
ENERO	16.703.521,17	2.086.409,18	14.617.111,99
FEBRERO	15.180.892,20	2.571.646,89	12.609.245,32
MARZO	8.445.820,14	1.839.502,01	6.606.318,13
ABRIL	15.484.651,32	2.885.359,22	12.599.292,10
MAYO	15.637.329,78	3.002.103,17	12.635.226,61
JUNIO	15.212.660,20	3.286.397,02	11.926.263,18
JULIO	14.045.877,73	2.886.484,14	11.159.393,59
AGOSTO	14.857.829,40	3.406.231,12	11.451.598,28
SEPTIEMBRE	14.993.559,27	3.619.315,32	11.374.243,96
OCTUBRE	14.687.736,81	3.561.027,61	11.126.709,20
NOVIEMBRE	13.850.806,06	3.305.297,16	10.545.508,90
DICIEMBRE	12.791.010,03	2.550.007,51	10.241.002,52
Total general	171.891.694,12	34.999.780,34	136.891.913,78

FUENTE: CPPSSP - IESS

Los prestadores externos, se clasifican según su nivel de complejidad y su cartera de servicios, de ello depende el tipo de atención que brindan a los pacientes, y el detalle que planillan en su factura de atención. Para que el prestador sea calificado como un prestador externo ingresa al proceso de prestador externo para su respectiva calificación como tal, y al conseguirlo se le entrega la normativa de planillaje para su reclamo de pago. En algunos prestadores externos que presentaron el mayor índice de objeción se ha realizado un enfoque prioritario por parte de la Coordinación Provincial con el objetivo de disminuir el índice de objeción de sus trámites ingresados, uno de estos casos es el prestador de 4to nivel "SNQ", el cual por si solo suma el 24,5% del porcentaje total de objeciones del proceso de Auditoría Médica (figura 4), en este caso se debe trabajar principalmente con el área de planillaje de esta institución para que se realice el adecuado detalle de cargos, y el respaldo correcto de cada uno.

Figura 4. PORCENTAJE DE OBJECIÓN POR PRESTADOR.

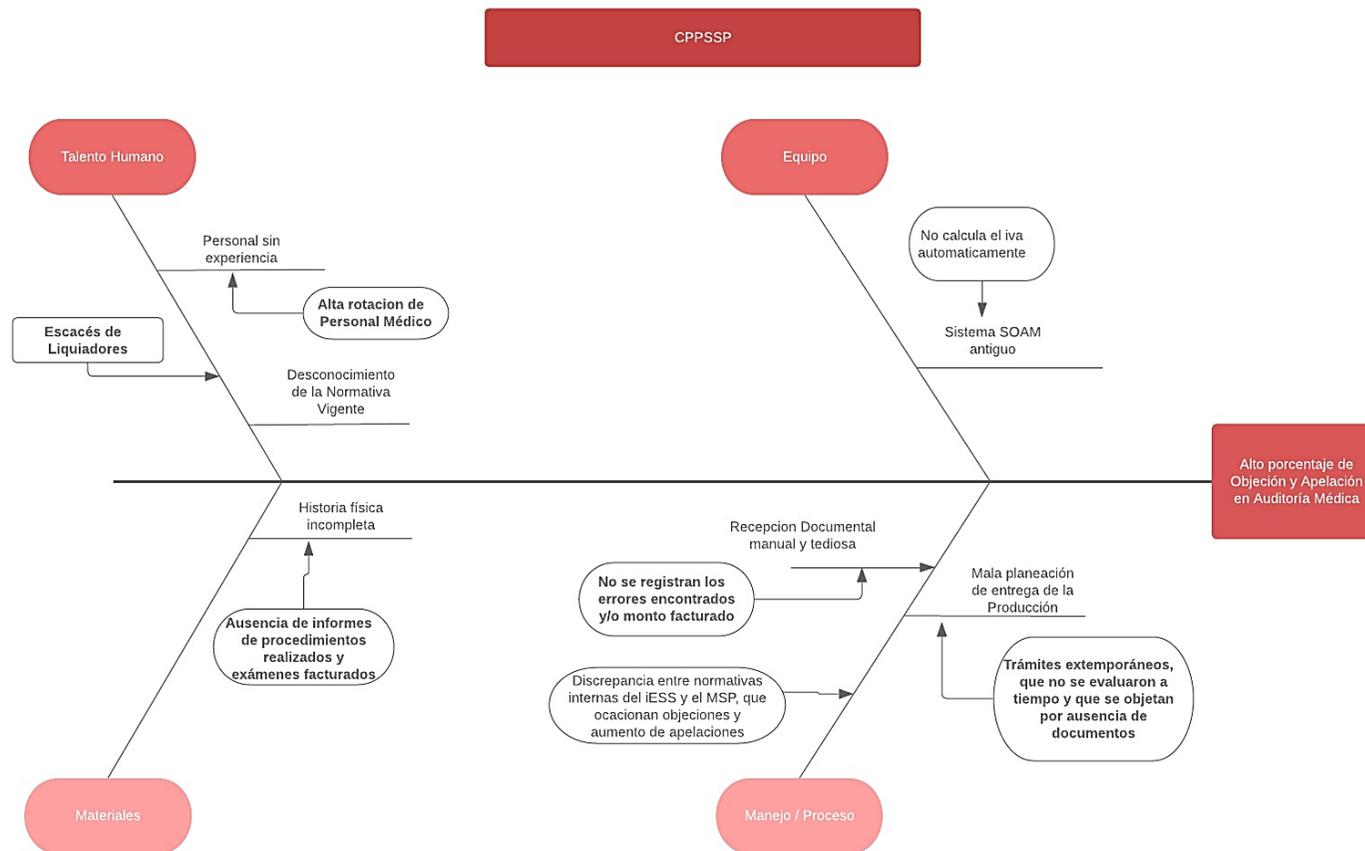


FUENTE: CPPSSP-IESS. **ELABORADO POR:** Los autores

En este gráfico (figura 4) se listan los 15 prestadores que juntos suman el 77% del total de objeciones presentadas en el año 2018, lo cual implica que se debe priorizarlos para realizar intervenciones encaminadas a desarrollar actividades correctivas para disminuir el porcentaje de objeciones, verificando el cumplimiento de la normativa de planillaje, y el adecuado desempeño del prestador externo en la atención de salud a un afiliado del IESS.

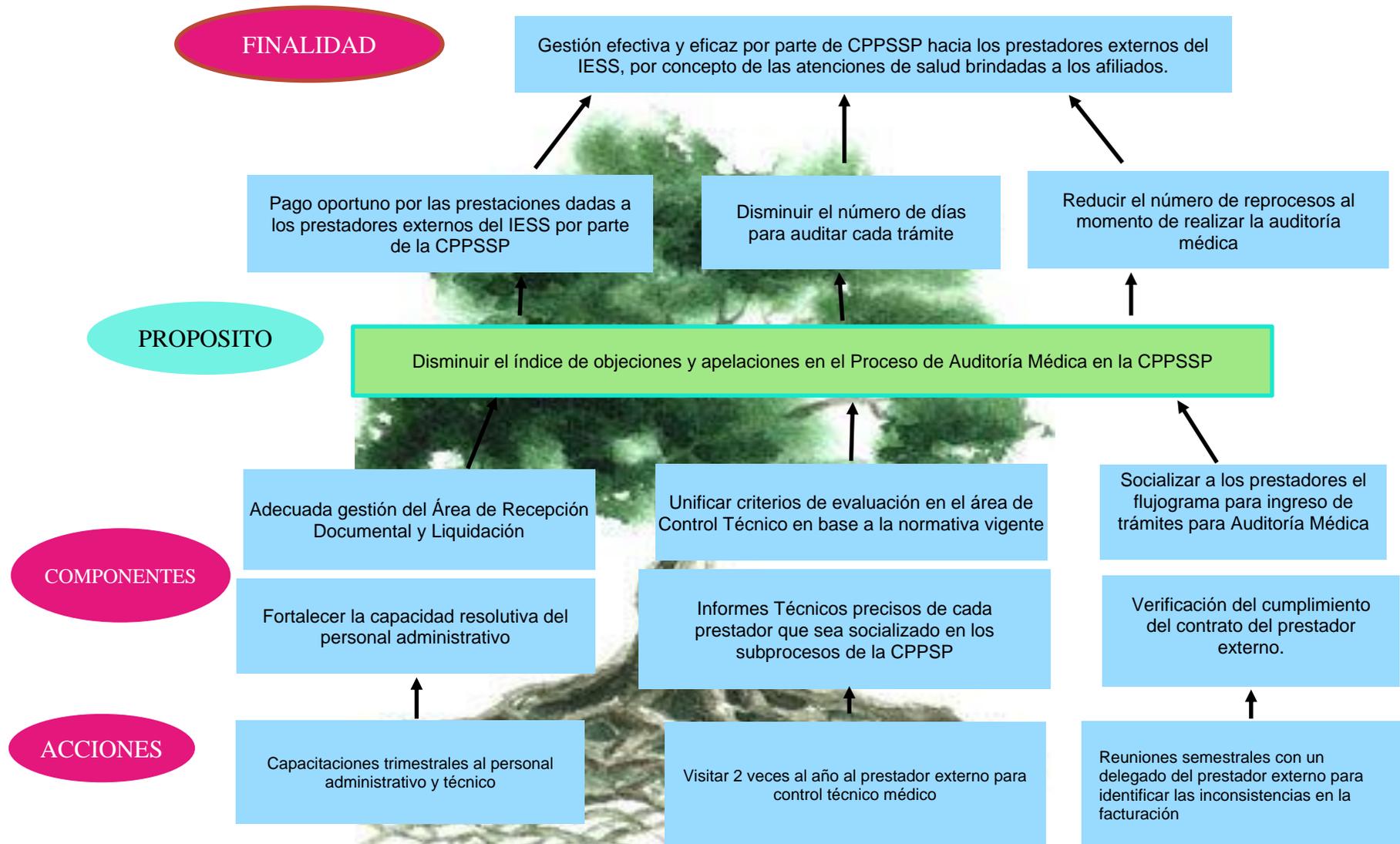
1.2.3 Diagrama de Ishikawa.

FIGURA 5. PROBLEMAS IDENTIFICADOS EN EL ÁREA DE CONTROL TÉCNICO DE LA CPPSSP.



1.2.4 Árbol de Objetivos.

FIGURA 6. ARBOL DE OBJETIVOS:



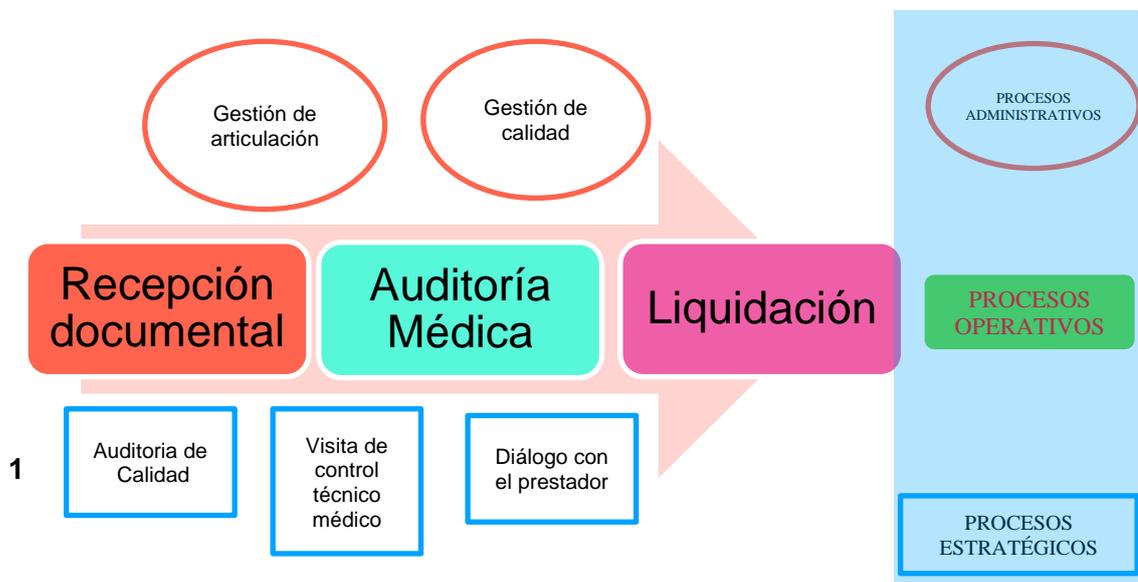
1.3 Análisis de alternativas de solución.

Con lo descrito anteriormente planteamos la gestión por procesos en la CPPSSP, con el fin de optimizar el proceso de Auditoría Médica denominado Control Técnico, adicionalmente al ejecutar una retroalimentación hacia los procesos de supervisión, se conseguirá realizar los correctivos pertinentes para garantizar la atención de calidad de los pacientes IESS.

ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD DEL PLAN

La gestión por procesos surge como una necesidad ante los resultados de irregularidades identificadas en las historias clínicas por el proceso de Control Técnico (Auditoría Médica), las mismas que pueden evitarse al sumar los esfuerzos de las diferentes áreas de la Coordinación Provincial.

FIGURA 7. MAPA DE PROCESOS EN CONTROL TÉCNICO



Elaborado por: los autores

Este proyecto propone utilizar y optimizar el recurso humano disponible en la CPPSSP de tal forma que no se requiere contratar más personal para los procesos, lo cual es un beneficio económico para el IESS ya que no requiere el desembolso de más recursos.

Como planteamos en el gráfico definimos las actividades primarias en el proceso de Control Técnico, además de los procesos administrativos y estratégicos que están involucradas en este proceso luego de identificarlas en nuestra matriz de ishikawa.

2. Objetivos del proyecto.

OBJETIVO GENERAL:

- Disminuir el Porcentaje de objeción y apelación mediante la optimización de las funciones del área de Control Técnico de la CPPSSP a través de un nuevo y articulado modelo de Gestión.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Establecer la unificación de criterios para la evaluación médica en los procesos de Auditoría, a través de la elaboración y socialización de informes técnico médicos resultantes de una visita al prestador.
- Disminuir el porcentaje de reprocesos en el área de Auditoría Médica, a través de la aplicación estricta del "check list" que verifica el ingreso de todos los documentos habilitantes en la recepción documental.
- Estructurar e incorporar la visita de control técnico médico, semestral como una actividad fundamental, para generar un sistema de retroalimentación e identificación de errores en el proceso planillaje, proponiendo una supervisión participativa abierta al diálogo con el prestador.

3. Matriz de Marco Lógico

TABLA 3. MATRIZ DE MARCO LÓGICO:

RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p>FINALIDAD Contribuir al control de los egresos del seguro social en los pagos por prestaciones de salud, a través de un nuevo modelo de gestión por Procesos en el área de control Técnico de la Coordinación Provincial.</p>	<p>➤ PONCENTAJE DE PAGO EFECTIVO A PRESTADORES EXTERNOS</p>	<p>CONSOLIDADO DE PAGO MENSUAL Y ANUAL DE LA COORDINACIÓN PROVINCIAL</p>	<p>Contratación de un Auditor externo por parte del IESS.</p>
<p>PROPÓSITO Establecer gestión de procesos en el área de control técnico, para disminuir el índice de objeción y apelación en Auditoría Médica.</p>	<p>➤ PORCENTAJE DE APELACIÓN Y OBJECIÓN</p>	<p>• INFORME DE PRODUCTIVIDAD DE LA CPPSSP</p>	<p>Auditoria externa en la CPPSSP.</p>
<p>COMPONENTES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personal de Auditoría Médica capacitado que identifique las debilidades y 	<ul style="list-style-type: none"> • Productividad individual o monto evaluado total mensual de cada Auditor Médico. 	<ul style="list-style-type: none"> • INFORME DE PRODUCCIÓN MENSUAL 	<p>Errores en el planillaje de las atenciones médicas.</p> <p>Nivel de complejidad del tipo de prestación: consulta</p>

<p>fortalezas del prestador evaluado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar el cumplimiento de las responsabilidades de los procesos de Recepción Documental y Liquidación, para garantizar el manejo adecuado de los documentos habilitantes para proceder a la evaluación Médica. • Socializar un flujograma a los prestadores, sobre el procedimiento para Auditoria de prestaciones de salud en unidades externas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Total, de expedientes objetados en su totalidad por falta de documentos habilitantes. • Porcentaje de objeción por prestador externo. 	<ul style="list-style-type: none"> • INFORME DE RECEPCIÓN DOCUMENTAL POR EXPEDIENTES DEVUELTOS. • INFORME DE PRODUCTIVIDAD DE CONTROL TÉCNICO. 	<p>externa, UCI, Hospitalización, etc.</p> <p>Supervisión del MSP o ACCESS a los prestadores externos.</p> <p>Asesores particulares contratados por los prestadores para realizar el proceso de planillaje.</p>
--	--	--	---

<p>ACTIVIDADES</p> <p>1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Socializar un informe técnico de cada prestador al iniciar un proceso de Evaluación Médica el cual incluya las principales causas de objeciones del prestador elaborado por Auditoria Médica. • Realizar capacitaciones trimestrales sobre normativa y auditoria de la facturación. • Establecer metas de evaluación de acuerdo con la complejidad del prestador y nivel de atención. <p>2</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de evaluación luego de socializado el informe del prestador. • Porcentaje de errores en aplicación de la normativa identificados por Auditoria de calidad. • Porcentaje de asistencia a capacitaciones. • Porcentaje de cumplimiento de metas propuestas para evaluación por prestador. • Porcentaje de del objeciones prestador 	<ul style="list-style-type: none"> • INFORME DE METAS DE AUDITORIA MÉDICA. • INFORME DE AUDITORIA DE CALIDAD. • INFORMES TECNICOS DE CAPACITACIONES. • INFORME DE CUMPLIMIENTO DE METAS DE CADA AUDITOR MÈDICO. • CATEGORIZACIÓN DE PRESTADORES SEGÚN EL NIVEL DE OBJECCIÓN (muestreo estadístico). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rotación frecuente del personal de auditoria médica. ✓ Cambios en la normativa para planillaje, emitido por el MSP. ✓ Tiempo disponible para capacitaciones. ✓ Contratación de un Auditor Externo por parte del IESS. • Asesores particulares contratados por los prestadores para realizar el proceso de planillaje.
---	---	--	---

<p>3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Devolución oportuna al prestador para corrección de errores en los documentos habilitantes desde el área de Recepción Documental previo al paso al área de Auditoría Médica. • Distribución de responsabilidades en Recepción Documental. • Planificar dos visitas anuales de control técnico médico, a los prestadores para verificar los avances y errores en el planillaje. • Reuniones semestrales con un delegado del prestador para llegar a consensos sobre las principales 	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de Trámites devueltos (Registro de check list incompleta) • Pago oportuno posterior al proceso de auditoría Médica. • Porcentaje de objeciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • DEUDA DEL IESS CON LOS PRESTADORES EXTERNOS. • INFORME DE FINANCIERO DE EGRESOS PRESTADORES EXTERNOS. DE DE A • INFORME TÉCNICO DE LA REUNIÓN CON EL PRESTADOR SOBRE INCONSISTENCIAS DE PLANILLAJE. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verificación del proceso de auditoría por parte de la Contraloría General Del Estado. • Disponibilidad de recursos financieros para realizar el pago. • Disponibilidad de recursos para realizar las visitas de control técnico.
--	--	--	--

inconsistencias en la facturación de las atenciones de los afiliados.			
--	--	--	--

Elaborado por: Los Autores

4. Estrategias generales.

TABLA 4. Planificación y análisis de Recursos humanos disponibles para el proyecto

PERSONAL	CANTIDAD	RESPONSABILIDAD o ACTIVIDAD
Encargado de verificación de código de derivación.	1	- Verificación de validez de códigos de derivación.
Personal de recepción documental.	7	- Verificación de respaldos físico y digital del trámite por evaluar, descartando duplicación de trámite.
Auditor médico	60 (1 por prestador)	- Visita técnico médica semestral al prestador externo.
Jefe de grupo de Auditoría médica	1 (por 5 prestadores)	- Reunión semestral con el delegado del prestador externo.
Coordinadora de Control Técnico Médico	1	- Capacitación trimestral al personal de Control Técnico.
TOTAL	70	

Elaborado por: Los Autores

El personal detallado en el cuadro, son cargos de personas que ya laboran en la Coordinación Provincial, a quienes se les asignará funciones y actividades para dar efecto al objetivo de este proyecto.

El total de recursos humanos expuestos para las actividades propuestas en el cuadro precedente es personal que labora en la Coordinación provincial, por lo que se les asignará las responsabilidades específicas para conseguir el objetivo general, el cual es disminuir el porcentaje de objeción en Auditoría Médica.

5. Plan de acción para la gestión por procesos en la Coordinación Provincial.

El plan de Acción para la creación de este proyecto se describe a continuación:



FIGURA 8 Elaborado por: LOS AUTORES

6. ORGANIZACIÓN PARA LA GESTIÓN DEL PROYECTO

FASE 1: Planificación organizativa y Levantamiento de procesos

El enfoque de este proyecto se orienta a mejorar los indicadores del área de control Técnico, por lo que es importante definir en qué punto se relacionan los procesos de la coordinación provincial para conseguir el objetivo principal, lo cual se explica en el gráfico a continuación.

FIGURA 9. Procesos de apoyo de Auditoría Médica en la CPPSSP



Elaborado por: los autores

TABLA 5. ORGANIZACIÓN PARA LA GESTIÓN DEL PROYECTO

DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS PARA PAGO A PRESTADORES EXTERNOS					
PROCESO	PROCEDIMIENTO O ACTIVIDAD DETALLADA	RESPONSABLE	HERRAMIENTAS	INSTANCIA DE GESTION	
Entrega de documentos físicos	<ul style="list-style-type: none"> • El prestador entrega las copias de la historia clínica o documentos de respaldo de la prestación de salud. • El prestador entrega los documentos habilitantes: código de derivación, registro de coberturas MSP, Acta de entrega Recepción y solicitud de pago dirigido a la Coordinadora. • El encargado de recepción documental verifica los documentos completos en la herramienta de verificación. (check list) 	Recepción Documental Prestador externo	Check list. Base de datos. *	RECEPCIÓN DOCUMENTAL	

	<ul style="list-style-type: none"> • Se descarta duplicación de ingreso de trámite en historial de base de datos. * • En caso de identificar errores no se recibe los documentos y se los devuelve al prestador. 			
Verificación de la validéz del código de derivación	<ul style="list-style-type: none"> • El prestador entrega el código de derivación impreso de cada expediente, de acuerdo con el trámite presentado. • El encargado de Recepción documental verifica que cada código de derivación presentado corresponda al tipo de atención presentada, y se encuentre vigente. * • Si el código de derivación es inadecuado se remite a articulacion del seguro de salud 	Recepción documental Articulación del Seguro de Salud Prestador externo	Sistema de Derivaciones de médicas.	ARTICULACIÓN DEL SEGURO DE SALUD

	para cambio de código, previo al ingreso del trámite. *			
Entrega de trámite en archivo digital	<ul style="list-style-type: none"> • El prestador entrega el archivo de la planilla con los valores por cada servicio facturado. • El encargado de recepción documental verifica que los códigos y valores correspondan al nivel de atención del prestador. • Si la información es correcta, se carga el archivo al SOAM (Sistema operativo de Auditoría Médica). • En caso de identificar errores no se recibe el archivo digital y se lo devuelve al prestador. 	Recepción Documental Prestador externo	Tarifario MSP	RECEPCIÓN DOCUMENTAL
Almacenamiento y despacho de Trámites por evaluar.	<ul style="list-style-type: none"> • El trámite ingresa en caja con los documentos verificados por 	Encargado de Archivo	Acta de entrega Recepción	ARCHIVO

	Recepción documental, y se almacenan en Archivo.				
Evaluación en Control Técnico	<ul style="list-style-type: none"> • La Coordinadora de Control técnico realiza la distribución de prestadores por grupo. • El médico auditor al que se le asigna el prestador realiza la visita técnico-médica, de acuerdo con el cronograma. * • Los trámites por prestador se entregan con acta de entrega recepción al Auditor Médico. • Se entregan las cajas para realizar auditoría Médica. • Se realiza el proceso de Auditoría Médica de acuerdo con la normativa vigente. 	Coordinadora de Control Técnico Auditor Médico Encargado de Archivo Liquidadores	de de de	Acta de entrega Recepción. Planillas. Consolidado de planillas. Visita técnico-médica. *	ARCHIVO CONTROL TÉCNICO LIQUIDACIÓN

	<ul style="list-style-type: none"> • Al finalizar la Auditoria se imprime la planilla con el valor aprobado. • Se devuelve la caja sellada con el trámite evaluado para archivo, con acta de entrega recepción. 			
Emisión de informe del prestador.	<ul style="list-style-type: none"> • El grupo delegado a evaluar un prestador específico emite un informe de novedades encontradas en el proceso de evaluación médica. • Se entrega el informe a la coordinadora de auditoría médica. • Se socializa el informe técnico a Gestión de calidad para verificación del cumplimiento de la normativa del Manual de seguridad del paciente. 	Delegado del prestador externo. Jefe de grupo de Auditoria Médica. Analista de calidad.	Informe Médico Técnico	CONTROL TÉCNICO GESTIÓN DE CALIDAD

	<ul style="list-style-type: none"> Se programa una reunión con el delegado del prestador externo para exponer las novedades de la auditoria de planillaje. * 			
Entrega de planilla a liquidación.	<ul style="list-style-type: none"> Se entrega una copia de la planilla al área de liquidación con firma de responsabilidad del médico auditor y liquidador. Se descarta pago de trámite duplicado. Se consolida planillas en el mes y se entrega al área de control previo al pago. 	Liquidadores. Economista de control previo al pago.	Planillas aprobadas. Consolidado de planillas por prestador.	LIQUIDACION
Aprobación de los pagos	<ul style="list-style-type: none"> Posterior a la revisión y consolidado de las planillas, en control previo al pago, se entrega la autorización del pago a la Coordinadora Provincial. 	Coordinadora Provincial	Quipux Consolidado de planillas	CPPSSP

	<ul style="list-style-type: none">• El documento firmado se entrega al área financiera del IESS Matriz, para el desembolso del pago.			
--	--	--	--	--

* Corresponde a las actividades a implementarse con este proyecto.

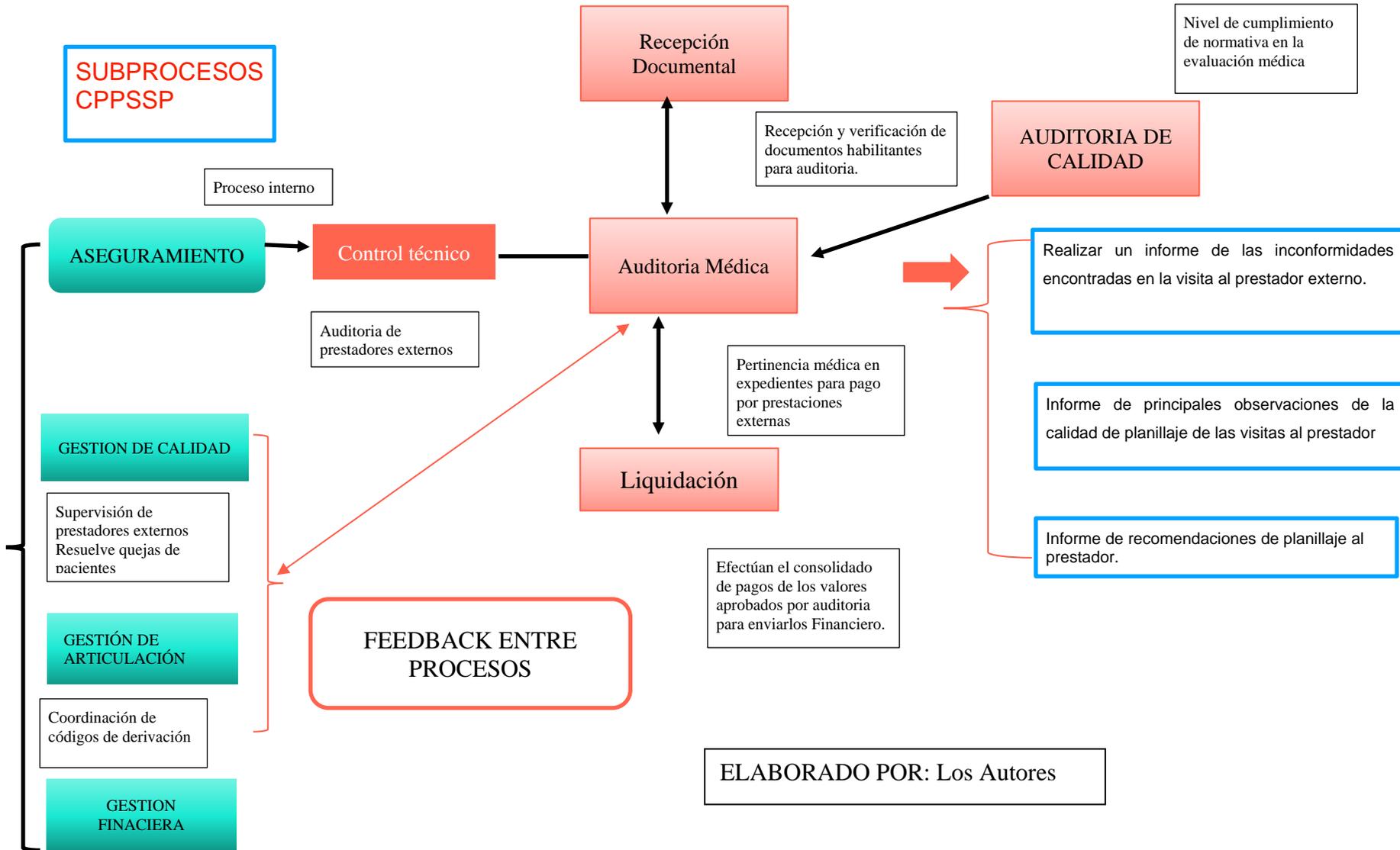
Elaborado por: los Autores

El área de Control Técnico constituye un Sub-proceso de Aseguramiento de la CPPSSP. Dentro de este proceso interno se encuentra Auditoria o Pertinencia Médica cuya principal función es realizar la contención de la salida del dinero del IESS por pagos de las prestaciones externas de salud.

El subproceso de Control Técnico trabaja conjuntamente con Recepción Documental y Liquidación, sin embargo, en el organigrama actual estos procesos son subprocesos independientes del área de Control Técnico, lo que genera conflictos de comunicación con los mismos. Consideramos que los procesos y subprocesos de la CPPSSP deben trabajar conjuntamente, con el fin de mejorar el proceso de Control técnico y como efecto secundario conseguiríamos disminuir las objeciones.

Una vez establecidos los procesos, el principal reto de este proyecto es lograr que la comunicación con el prestador tenga un efecto positivo en las acciones implicadas en el proceso de atención de salud del afiliado, es decir que se consiga una mejora en la atención brindada como prestador externo, garantizando seguridad al paciente. Por este motivo es primordial que exista un nexo con el prestador, para que se conozca los ajustes que el prestador debe realizar para dar cumplimiento a la normativa establecida en el Acuerdo Ministerial 0091 y en el Manual de “Seguridad del Paciente – Usuario”, acuerdo ministerial 00000115 y de esta forma beneficiar al afiliado atendido en prestadores de salud externos del IESS.

FASE II: FIGURA 10. Establecimiento de gestión por procesos en la CPPSSP del IESS



FUNCIONES DE SUBPROCESOS DE CONTROL TÉCNICO

Como se expuso en nuestro grafico anterior dentro de la CPPSSP, en el proceso de Aseguramiento, tenemos el subproceso de *Control Técnico*, el mismo que consta de **Recepción Documental, Auditoría Médica y Liquidación** cuyas funciones en general como propósito final es el de reconocer económicamente a un prestador, a través de una planilla facturada, por un servicio dado (atención de salud) basándose en normas y estatutos aprobados tanto por el MSP, como ente rector, como por el IESS.

RECEPCIÓN DOCUMENTAL:

Estará conformado por personal administrativo quienes organizaran y revisaran que la documentación entregada por el prestador esté en orden y cumpla con lo expuesto en la normativa vigente. Además, ingresan la planilla en el SOAM (sistema operativo de Auditoría Médico) que maneja el IESS para el proceso de Auditoria.

PERTINENCIA MÉDICA:

Constituye en sí el corazón del proceso, conformado por médicos con conocimiento en la normativa vigente, quienes serán los responsables de verificar los documentos pertinentes de la atención realizada, firmas, medicamentos, recetas, facturas e informes técnicos de acuerdo con el expediente y al prestador.

LIQUIDADORES:

Son el último filtro del proceso, son personas con perfil financiero que se encargan de verificar el uso adecuado de valores de acuerdo con el tarifario nacional vigente para el expediente y las reformas. Terminado este proceso, los documentos verificados y comprobados de acuerdo con la normativa, son enviados al área financiera para realizar el pago.

AUDITORÍA DE CALIDAD

También se lo conoce como Auditoría Interna, este proceso es la encargada de verificar la calidad de la atención realizada en los servicios de la institución. En otras palabras, se encarga por un lado de verificar el cumplimiento de la normativa actual, así como la utilización de protocolos apropiados y por otro lado es la responsable de

buscar los licenciamientos y acreditaciones nacionales e internacionales, bajo los estándares de calidad. No menos importante, dar trámite y seguimiento sobre las quejas emitidas por los usuarios a la institución con el fin de aumentar la satisfacción al usuario.

El proceso que el prestador externo debe seguir para obtener su remuneración económica por una prestación de salud se resume en el **Anexo 1** de este documento.

FASE III: Evaluación de Control Técnico de la CPPSSP

Esta fase es el producto del proceso que realizaremos en base a nuestro objetivo principal, nos enfocaremos en la evaluación del área de Auditoría Médica, y lo mediremos a través del porcentaje de valores evaluados, valores aprobados y valores objetados, esta valoración se realizará en su momento oportuno luego de ejecutar este proyecto; por este motivo no se lo incluye en el cronograma de Gant expuesto más adelante en la **Tabla 7**.

Como mencionamos previamente, existen algunos prestadores en particular con quienes se requiere un trabajo exhaustivo para obtener mejoras en el proceso de planillaje de las atenciones de salud, por lo que la evaluación de los resultados de estos prestadores es fundamental para obtener la reducción del porcentaje de objeción de trámites auditados.

Debemos recalcar que, si bien es cierto consideramos la disminución del porcentaje de objeción como un indicador del resultado positivo de este proyecto, también hemos tomado en cuenta otras actividades enfocadas en la mejora del planillaje de tal manera que se eviten reprocesos, y se garantice que el trabajo efectuado en auditoría médica es ágil y fundamental para el control de los egresos monetarios del IESS por pagos a los prestadores externos.

7. Monitoreo y evaluación.

INDICADORES DE EVALUACIÓN

Se evaluará la mejora en Control Técnico, a través de la validación de la reducción de objeciones y apelaciones en Auditoría Médica. Además, con la validación de los productos de los subprocesos se evaluará la retroalimentación o feedback que propone este proyecto.

HERRAMIENTAS DE EVALUACION

Para la evaluación del área de Control Técnico.

- Porcentaje de objeciones por planillaje inadecuado.
- Porcentaje de Reprocesos.
- Número de Capacitaciones realizadas por año.
- Número de Visitas a prestadores externos realizadas.

Porcentaje de objeciones: corresponde al porcentaje económico rechazado para el pago por parte del equipo auditor.

Porcentaje de reprocesos: Corresponde a los trámites que no cumplen los requisitos para evaluación médica, según la normativa establecida para todos los prestadores externos, y que deben ser devueltos al prestador, para reingreso al proceso de pago al prestador externo.

Capacitaciones Realizadas: Corresponde al porcentaje de cumplimiento de capacitaciones al personal de Auditoría Médica y personal técnico en general según su área de responsabilidad, ya sean estas luego de realizar las visitas a los prestadores, o de socialización de cambios en las normativas o flujograma de trabajo para el área de recepción documental y liquidación.

Visitas Realizadas: se refiere al porcentaje de cumplimiento de las visitas técnico médicas programadas para mejorar la auditoría de planillaje.

A continuación (Tabla 5) se describe las fórmulas utilizadas para la validación de resultados.

TABLA 6.: INDICADORES DE EVALUACIÓN

VALIDACION DE CONTROL TECNICO				
OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	FUENTE	FRECUENCIA
Disminuir en un 10% el porcentaje de objeción y apelación mediante la optimización de gestión por procesos	Porcentaje de objeción.	Valor objetado / valor solicitado* 100 = % de Objeción	Informe de Liquidación	Semestral
Reducir el 20% porcentaje de reprocesos a través de la estricta aplicación del check list.	Porcentaje de reprocesos	Trámites presentado / tramites devueltos * 100 = % de reprocesos	Trámites devueltos	Semestral
Establecer la unificación de criterios para evaluación médica.	Porcentaje de cumplimiento de las Capacitaciones Programadas.	Número de capacitaciones realizados / Número de capacitaciones programadas* 100 = % de Cumplimiento	Actas de Asistencia a capacitaciones	Trimestral
Incorporar la visita técnico médica semestral al prestador	Porcentaje de cumplimiento de las visitas técnico médicas Programadas	Número de visitas realizadas/ Número de visitas programadas	Informe de visita técnico-médica.	semestral

Elaborado por: Los autores

8. Presupuesto y financiamiento.

TABLA 7. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

ITEM	CANTIDAD NUEVA REQUERIDA ANUAL	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	FINANCIAMIENTO CPPSSP-IESS
CAPACITACION DE PERSONAL				
Auditoría médica	4	\$549	\$2196	financiado
Recepción documental	4	\$44.74	\$179	financiado
INSUMOS Y MATERIALES INFORMATIVOS				
Infocus	1	\$400	\$400	financiado
Computadora	1	\$600	\$600	financiado
COSTOS ADMINISTRATIVOS				
Transporte para visitas a prestador.	120	\$5	\$600	\$600
PERSONAL REQUERIDO				
	1	\$817	\$817	Financiado
TOTAL				\$600

ELABORADO POR: Los autores

En el presupuesto contemplado para este proyecto se especifica las capacitaciones al personal, tanto de auditoría como de Recepción documental, para optimizar sus funciones. Hemos considerado la duración de cada capacitación por 1 hora, el valor que se registra en la columna de valor unitario, corresponde al valor por una hora de trabajo de un auditor médico y de un encargado de recepción documental y de las personas encargadas de la capacitación correspondientemente; éstos valores se encuentran financiados en las partidas presupuestarias de las personas que laboran en la coordinación provincial.

En el caso de Costos Administrativos hemos considerado el valor individual de cada visita técnico-médica a los prestadores, con un valor promedio y considerando el total de 60 prestadores en los cuales es viable las visitas; por lo que este presupuesto extra sería el único que no está contemplado en el financiamiento de la CPPSSP.

En cuanto a personal requerido, corresponde a la persona de Recepción documental delegada al control de los códigos de derivación, de tal forma que únicamente se le reasignará funciones a una de las personas que ya labora en esa área.

9.Cronograma de actividades.

TABLA 8.

Actividad	Descripción	Responsable	CRONOGRAMA							
			En e	Fe b	Ma r	Abr il	May o	Juni o	Ju l	Ag o
1	Elaboración del proyecto de titulación		■	■						
2	Entrega de la propuesta a la CPPSSP				■					
3	Aprobación de proyecto					■				
4	Planificación organizativa						■			
5	Levantamiento de procesos						■			
6	Estructura de gestión por procesos							■		
7	Ejecución del proyecto								■	
8	Aplicación de estrategias de mejora*									■
9	Monitoreo y control **									

* Visitas, Informes, Reuniones con el prestador y Capacitaciones

** Monitoreo Semestral

Elaborado por los Autores

10. Resultados esperados.

- Personal administrativo y técnico, capacitado en sus responsabilidades, para garantizar procesos y productos eficientes.
- Validación de las funciones de los subprocesos a través de los indicadores propuestos en este proyecto.
- Disminuir en un 20% los reprocesos en la CPPSSP, para el proceso de pago a los prestadores externos.
- Garantizar la calidad de facturación en las prestaciones externas, validándolo a través de las supervisiones de Auditoría de planillaje a los prestadores.
- Disminuir el 10% de los porcentajes de objeción y apelación en el proceso de control técnico, al aplicar las actividades a cargo del Área de Auditoría Médica que propone este proyecto.
- Lograr el pago oportuno a los prestadores externos del IESS Pichincha, mediante la agilización del proceso de Auditoría Médica y la gestión por procesos de Aseguramiento de la CPPSSP.
- Plantear en un futuro, el mismo diseño de mejora para el área de Auditoría Interna del IESS de la CPPSSP.

11. Bibliografía

www.iess.gob.ec/afiliado-extensióndesalud/

Informe IESS pagos a prestadores. Disponible en:

https://www.iess.gob.ec/es/informesdeauditoria?p_p_auth=AI9N1dO2&p_p_id=20&p_p_lifecycle=1&p_p_state=exclusive&p_p_mode=view&_20_struts_action=%2Fdocument_library%2Fget_file&_20_groupId=10162&_20_folderId=11850683&_20_name=74210

[Ley De Seguridad Social](#) publicada en el Registro Oficial No. 465 de 30 de noviembre del 2001

[Norma técnica sustitutiva de relacionamiento para la prestación de servicios de salud entre instituciones de la red pública integral de salud y de la red privada complementaria, y su reconocimiento económico.](#) memorando No. MSP-VGVS-2017-0703-M de 16 de junio de 2017

Boletín de Informe de la Contraloría General del Estado. Disponible en

<http://www.contraloria.gob.ec/CentralMedios/BoletinesPrensa/16029>

Paton JY, Ranmal R, Dudley J, et al [Clinical audit: Still an important tool for improving healthcare](#) *Archives of Disease in Childhood - Education and Practice* 2015; 100:83-88

Torres FG. [Desarrollo e implementación de un modelo de auditoria medica basado en garantía de calidad y supervisión participativa en Ecuador.](#) *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2017; 12(39):1-11)

Fortich. Palencia. Fernan E, [Gestión para el desarrollo empresarial en salud.](#) Universidad tecnológica de Bolivar, Cartagena, 2008.

Pavón Rosero, Luis Eduardo; García Salazar, María Angélica. (2017). La auditoría médica como herramienta de control en la administración hospitalaria del Ecuador. Quito: Imprenta Calderón. 159 p.

Ávalos García, María Isabel, Priego Álvarez, Heberto R., Calidad en el mercado de la salud ¿realidad o utopía? Horizonte Sanitario [en línea] 2012, 11 (enero-abril)

http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf

Haskins Society Journal 19: Studies in Medieval History, 2007.

Luis Robles Guerrero, Pedro Díaz Urteaga, Aplicando la Gestión por procesos en el sector salud del Perú: Rev AcAd PeRu SALud 24(1), 2017

https://cursos.campusvirtualesp.org/pluginfile.php/2265/mod_resource/content/1/Modulo_1/Gestiondeprocesos.pdf

http://calite.umh.es/data/docs/110/Gestion_procesos.pdf

https://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/05/docs/Areas/ComercioInterior/PlanesLocalesDinamizComerciales/JornadasDinamizadorasComerciales/Cuarta%20jornada/GESTION_PROCESOS.pdf

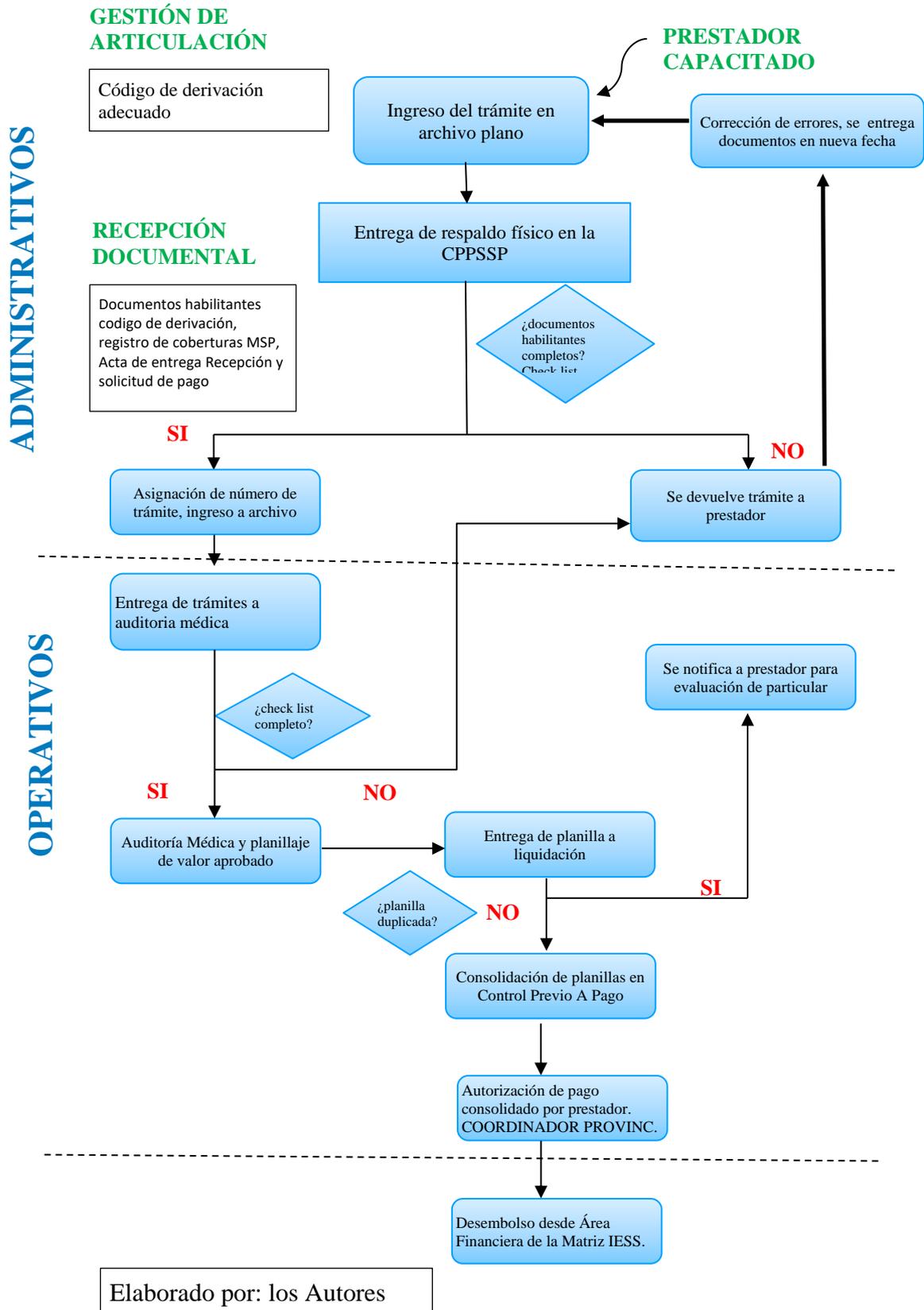
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4156.pdf>

<http://especialsalud.com/auditoria-de-terreno/>

Pavón Rosero, Luis Eduardo; García Salazar, María Angélica. (2017). La auditoría médica como herramienta de control en la administración hospitalaria del Ecuador. Quito: Imprenta Calderón. 159 p.

12. Anexos

ANEXO 1. FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE PAGO A PRESTADORES



Elaborado por: los Autores



UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO



Quito D.M., 25 de marzo de 2019

Licenciada

Jessica Macías Villavicencio

COORDINADORA PROVINCIAL DE PRESTACIONES DEL SEGURO DE SALUD PICHINCHA
Ciudad.

De mi consideración:

La Universidad San Francisco de Quito a través de su Escuela de Salud Pública, en cumplimiento de la formación de Posgrado en la Especialización en Gerencia de Salud, solicita la realización de un Trabajo de Titulación, por lo cual los estudiantes **Freddy Barrera** y **Adriana Calderón** han considerado el tema *"Plan de mejoramiento de los procesos de la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Pichincha a través de la gestión por procesos para optimizar las funciones de Control Técnico"*.

Con este antecedente, me permito solicitar muy comedidamente su anuencia y apoyo para que los referidos estudiantes puedan realizar su proyecto y cuenten con la información para su desarrollo en la institución bajo su digna Coordinación, comprometiéndonos de nuestra parte, en hacerle llegar una copia del informe correspondiente y que puede serle útil dada la temática a tratarse.

Conocedor de su favorable disposición para apoyar las actividades académicas, anticipo mi agradecimiento por su gentil atención y me es grato con esta ocasión expresarle un cordial saludo.

Atentamente,

Dr. Ramiro Echeverría T.
DIRECTOR DE LA ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SALUD
Universidad San Francisco de Quito



CIRCULO DE CUMBAYÁ, P.O. BOX 17-12-841 QUITO-ECUADOR
T.: (593) 21297-1700 AL 700. FAX.: (593) 21289 0070.
WWW.USFQ.EDU.EC

