

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**FACULTAD ECONOMIA Y GESTION EMPRESARIAL**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
MAGÍSTER EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS MENCIÓN EN  
ADMINISTRACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD**

**MEJORA DEL PROCESO DE “AUDITORIA MÉDICA” PARA DISMINUIR EL  
NÚMERO DE INFORMES DE PERTINENCIA MÉDICA CON ENTREGA  
FUERA DE TIEMPO ESTÁNDAR DEL SERVICIO DE PAGO DE  
ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL HOSPITAL GENERAL AMBATO**

**ERIKA ESTEFANÍA MARTÍNEZ VELÁSQUEZ**

**DIRECTOR: MGTR. FRANCISCO VARGAS**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: ADMINISTRACIÓN EFICIENTE DE LAS  
ORGANIZACIONES PARA LA COMPETITIVIDAD SOSTENIBLE LOCAL Y  
GLOBAL**

**QUITO, DICIEMBRE 2024**

**DIRECTOR DE TESIS**

**Mgtr. Francisco Vargas Carrión**

**Informantes**

**PhD. Ruth Jimbo**

**Mgtr. Edwin Suquillo**

## DEDICATORIA

A mi mamá,

Por ser mi primer ejemplo de esfuerzo, dedicación y amor incondicional. Tus enseñanzas han sido la base de todo lo que soy, y cada paso que doy lleva algo de ti. Gracias por creer en mí incluso en los momentos más difíciles.

A mi esposo,

Mi compañero de vida, mi apoyo constante y mi mayor inspiración. Tu paciencia, amor y comprensión me dieron la fuerza para superar los desafíos de este camino. Este logro también es tuyo, porque sin ti no hubiera sido posible.

A mi hija,

Mi mayor motivación y mi razón para seguir creciendo. Tu sonrisa ilumina mis días y me recuerda que el esfuerzo vale la pena. Espero que este logro sea una inspiración para que siempre sigas tus sueños.

A ustedes, mis tres pilares de vida, les dedico este esfuerzo con todo mi amor.

## **AGRADECIMIENTO**

Al culminar esta etapa tan importante, quiero expresar mi más profundo agradecimiento a todas las personas que hicieron posible este logro.

En primer lugar, agradezco a Dios, por darme la fortaleza y las bendiciones necesarias para superar cada obstáculo en este camino.

A mi mamá, por ser mi guía y mi mayor ejemplo de perseverancia. Tus valores, amor incondicional y apoyo constante me han dado las herramientas para alcanzar mis metas. Este logro también es tuyo, porque sin tus sacrificios y enseñanzas no hubiera llegado hasta aquí.

A mi hija, por ser mi luz y mi mayor motivación. Cada paso dado en este proceso lo hice pensando en ti, deseando que este esfuerzo te inspire a perseguir tus propios sueños.

A mis profesores y tutores, quienes compartieron conmigo su conocimiento, tiempo y orientación. Sus enseñanzas han sido fundamentales para mi crecimiento académico y personal.

Finalmente, agradezco a todas las personas, cercanas o lejanas, que de alguna forma contribuyeron a este logro. A cada uno de ustedes, gracias de todo corazón.

## ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA .....	III
AGRADECIMIENTO .....	IV
ÍNDICE GENERAL .....	V
LISTA DE TABLAS .....	VII
LISTA DE FIGURAS .....	VIII
RESUMEN .....	X
ABSTRACT .....	XI
INTRODUCCIÓN .....	1
1. SITUACIÓN ACTUAL DEL PROCESO DE “AUDITORIA MÉDICA” .....	4
1.1 Antecedentes de la Institución .....	4
1.1.1 Contexto Interno .....	5
2 DEFINICIÓN Y APLICACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA BASADAS EN EL MÉTODO 8D .....	16
2.1 Paso 1D - Formación de equipos .....	16
2.2 Paso 2D - Definición y descripción del problema .....	17
2.3 Paso 3D - Acciones de Contención Provisional .....	19
2.4 Paso 4D - Análisis de Causa y Efecto .....	19
2.5 Paso 5D - Acciones Correctivas .....	20
2.5.1 Acción de Mejora AM1 .....	22
2.5.2 Acción de Mejora AM2 .....	23
2.5.3 Acción de Mejora AM3 .....	24
2.5.4 Acción de Mejora AM4 .....	25
2.5.5 Acción de Mejora AM5 .....	26
2.6 Paso 6D - Verificación de acciones correctivas .....	27
2.6.1 Verificación de implementación de acciones correctivas .....	27
2.6.2 Verificación de resultados .....	27
2.7 Paso D7- Estandarización .....	38
2.8 Paso 8D - Reconocimiento individual y de equipo .....	38
3 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LAS ACCIONES DE MEJORA .....	39
3.1 Informes de pertinencia médica no entregados en tiempo estándar .....	39
3.2 Pertinencias médicas realizadas (entregadas) .....	41

3.3	Pertinencias médicas rezagadas e informes de pertinencia médica rezagados...	42
4	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	46
4.1	Conclusiones .....	46
4.2	Recomendaciones .....	48
	BIBLIOGRAFÍA .....	49
	ANEXOS .....	51
	Anexo A. Marco Conceptual .....	51
	Anexo B. Diseño Metodológico .....	88
	Anexo C: Acta Nro. 6 Mejorar Método de calificación de paciente- Acción de mejora (AM1) .....	89
	Anexo D: Acta Nro. 8. Frecuencia en la revisión de pacientes- Acción de Mejora (AM2) .....	90
	Anexo E: Acta Nro. 9. Roeles y responsabilidades de Auditoria Médica- Acción de Mejora (AM3) .....	91
	Anexo F: Acta Nro. 10. Adecuación de automatización de una base de datos en matriz SPPAT - Accion de Mejora (AM4) .....	92
	Anexo G: Acta Nro. 7 Implementar un archivo consolidado de listado de pacientes - Acción de Mejora (AM4) .....	96

## LISTA DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Ejes Estratégicos .....	7
<b>Tabla 2.</b> Gestión de informes de pertinencia médica del SPPAT (julio 2023 – abril 2024) .....	14
<b>Tabla 3.</b> Causas raíz identificadas .....	20
<b>Tabla 4.</b> Causas Raíz y Acciones de Mejora .....	20
<b>Tabla 5.</b> Plan de Acciones .....	21
<b>Tabla 6.</b> Porcentaje de avance de acciones de mejora .....	27
<b>Tabla 7.</b> Realización de pertinencias médicas del SPPAT (mayo 2024 - mayo 2025)..	28
<b>Tabla 8.</b> Trámite de informes de pertinencia médica del SPPAT (mayo 2024- mayo ..	31
<b>Tabla 9.</b> Tramitación de pertinencias médicas e informes rezagados (mayo 2024 – mayo 2025). .....	35
<b>Tabla 10.</b> Porcentaje de informes de pertinencia médica no entregados en tiempo estándar (julio 2023 - mayo 2025) .....	39

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Hospital General Ambato .....	5
<b>Figura 2.</b> Localización del Hospital General Ambato .....	5
<b>Figura 3.</b> Estructura organizacional del Hospital General Ambato .....	6
<b>Figura 4.</b> Fachada principal del Hospital General Ambato. ....	9
<b>Figura 5.</b> Diagrama de flujo del proceso de Auditoria médica. ....	18
<b>Figura 6.</b> Diagrama de Ishikawa .....	19
<b>Figura 7.</b> Número de pertinencias médicas entregadas (mayo 2024- mayo 2025) .....	30
<b>Figura 8.</b> Porcentaje de pertinencias médicas del SPPAT entregadas (mayo 2024 - mayo 2025) .....	30
<b>Figura 9.</b> Número de informes médicos de pertinencia médica entregados (mayo 2024- mayo 2025) .....	33
<b>Figura 10.</b> Porcentaje de informes de pertinencias médicas del SPPAT no entregados en el tiempo estándar (mayo 2024 - mayo 2025) .....	33
<b>Figura 11.</b> Número de pertinencia médicas rezagadas acumuladas por mes (mayo 2024- mayo 2025) .....	37
<b>Figura 12.</b> Número de informes médicos rezagados acumulados por mes (mayo 2024 – mayo 2025) .....	37
<b>Figura 13.</b> Tramitación de pertinencias médicas e informes rezagados (mayo 2024 – mayo 2025) .....	38
<b>Figura 14.</b> Porcentaje de informes de pertinencias médicas no entregados en el tiempo estándar (julio 2023 a mayo 2025) .....	40
<b>Figura 15.</b> Porcentaje de informes no entregados en tiempo estándar (promedio julio 2023 - abril 2024, promedio noviembre 2024 - mayo 2025 y mayo 2025) .....	41
<b>Figura 16.</b> Porcentaje de pertinencias médicas “entregadas” (julio 2023 a mayo 2025) .....	41
<b>Figura 17.</b> Porcentaje de pertinencias médicas “entregadas” (promedio julio 2023 - abril 2024, promedio noviembre 2024 - mayo 2025 y mayo 2025) .....	42
<b>Figura 18.</b> Número de informes “rezagados” tramitados entre julio 2023 a mayo 2025 .....	43
<b>Figura 19.</b> Informes de pertinencia médica “rezagados” acumulados (abril 2024 y mayo 2025) .....	43
<b>Figura 20.</b> Número de pertinencia médicas rezagadas (julio 2023 a mayo 2025) .....	44

**Figura 21.** Pertinencias médicas “rezagadas” acumuladas (abril 2024 y mayo 2025).. 45

## RESUMEN

El proceso de auditoría médica del Hospital General Ambato es responsable de la evaluación de la pertinencia médica y de la elaboración mensual de informes relacionados con el Servicio de Pago de Accidentes de Tránsito (SPPAT), para la recuperación de costos de las atenciones médicas brindadas de emergencia, hospitalización y ambulatorio lo cual se ejecuta mediante la revisión de historias clínicas. En el periodo del mes de julio 2023 y abril de 2024 se evidenció un 100 % de incumplimiento de entrega mensual de los trámites en tiempo estándar afectando la recuperación de costos. El proyecto se enfocó en mejorar el proceso de “Auditoría médica” mediante la metodología 8D con el fin de disminuir el número de informes de pertinencia médica del SPPAT. Al evaluar los resultados el número de informes de pertinencia médica entregados fuera del tiempo estándar se redujo de 100% (promedio del período julio 2023 a abril 2024) al 0% (valor del mes de mayo del 2025) y el número de informes de pertinencias médicas rezagados acumulados al mes de abril 2024 se redujo un 70.0 %, considerando el valor del mes de mayo 2025. Se recomienda que la institución de salud objeto de estudio continúe con la aplicación de la metodología de las 8D planteada en el proyecto, para continuar con su análisis y evaluación correspondiente y sea utilizada en otras áreas del Hospital General Ambato.

**Palabras clave:** auditoría médica, metodología 8D, mejora pertinencia médica.

## **ABSTRACT**

The medical audit process at Ambato General Hospital is responsible for assessing the appropriateness of medical care and preparing monthly reports for the Traffic Accident Payment Service (SPPAT), aimed at recovering costs for emergency, inpatient, and outpatient services through the review of medical records. Between July 2023 and April 2024, a 100% non-compliance rate with the standard delivery time for monthly procedures was recorded, negatively impacting cost recovery. This project implemented the 8D methodology to optimize the medical audit process and reduce delays in SPPAT appropriateness reports. As a result, the proportion of reports delivered outside the standard timeframe decreased from 100% (average from July 2023 to April 2024) to 0% (May 2025), while the backlog of delayed reports accumulated as of April 2024 was reduced by 70% by May 2025. It is recommended that the institution continue applying the 8D methodology to sustain process improvements, extend its analysis, and replicate its application in other areas of the hospital.

**Keywords:** medical audit, 8D methodology, improvement of medical appropriateness.

## INTRODUCCIÓN

El Hospital General Ambato forma parte del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), se encuentra ubicado en la ciudad del mismo nombre, en la avenida Rodrigo Pachano 1076 y Edmundo Martínez, cuenta con una infraestructura de 40.000 m<sup>2</sup> distribuidos en 8 pisos, permitiendo ofrecer una amplia gama de servicios médicos, quirúrgicos, atención de emergencias y hospitalización, a sus beneficiarios y a los usuarios de la Red Pública Integral de Salud (RPIS), que agrupa a instituciones como el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y el Servicio de Pago de Accidentes de Tránsito (SPPAT). El área de Auditoría Médica, que forma parte de esta institución de salud, es la encargada de realizar la pertinencia médica y la elaboración mensual de informes de pertinencia médica relacionados con el Servicio de Pago de Accidentes de Tránsito (SPPAT), con el objetivo de viabilizar la recuperación de los costos por las atenciones médicas brindadas a víctimas de accidentes de tránsito, mediante la entrega mensual de estos trámites al personal de gestión documental y planillaje, para dar continuidad al proceso ya que impacta directamente en la gestión financiera del hospital, esta función se realiza a través de la revisión y análisis de las historias clínicas registradas en el sistema informático MIS-AS 400.

Durante el periodo comprendido entre el mes de julio de 2023 y abril de 2024, en el proceso de auditoría médica del Hospital General Ambato se evidenció una problemática relacionada con la entrega de informes de pertinencia médica correspondientes a los casos del Servicio de Pago de Accidentes de Tránsito (SPPAT), registrando un 100 % de incumplimiento por mes en la entrega de informes de pertinencia médica acorde al tiempo estándar afectando la capacidad de respuesta institucional ante los requerimientos del SPPAT.

El objetivo general del presente proyecto fue “mejorar el proceso de “Auditoría Médica” para disminuir el número de informes de pertinencia médica fuera del tiempo estándar del Servicio de Pago de Accidentes de Tránsito, a través del método de mejora 8D en el Hospital General Ambato”. Los objetivos específicos fueron:

- Establecer la situación actual del proceso de “Auditoria Médica”.
- Definir y aplicar las acciones de mejora basadas en la metodología 8D en el proceso de “Auditoria Médica”.
- Analizar los resultados de las acciones de mejora en el proceso de “Auditoria Médica”.

Para el desarrollo del proyecto, se implementó se utilizó el método 8D (Lestyánszka Škúrková et al., 2023). con los siguientes pasos:

- Paso 1D - Formación de equipos: Área de auditoria médica se estableció el equipo de mejora, conformado de la siguiente manera: Líder de Proyecto: Médico Auditor, Médico general en funciones hospitalarias, Médicos auditores y Planilladora del SPPAT.
- Paso 2D - Definición y descripción del problema: Donde se definió y parametrizó el problema enfocado al porcentaje de informes de pertinencia médica que no se entregaron en el tiempo estándar durante el periodo de julio 2023 a abril 2024.
- Paso 3D - Acciones de Contención Provisional: Donde se realizó una redistribución temporal de funciones del personal médico de auditoria médica, con el fin de igualar los trámites rezagados.
- Paso 4D - Análisis de Causa y Efecto: En el Área de auditoria médica se determinaron las causas raíz del problema.
- Paso 5D - Acciones Correctivas: Donde se determinaron las acciones de mejora con base en las causas raíz identificadas.
- Paso 6D - Verificación de acciones correctivas: Donde se realizó un seguimiento a la implementación de las acciones de mejora planteadas para cada causa raíz, en el área de auditoria médica
- Paso D7 – Estandarización: Donde se generaron estándares para la mejora de la gestión.
- Paso 8D - Reconocimiento individual y de equipo: Donde se reconoció y agradeció el compromiso del equipo de mejora multidisciplinario del Hospital General Ambato que participó en el proyecto.

Las principales conclusiones que se obtuvieron fueron:

- El proceso de “Auditoría Médica” del Hospital General Ambato a través del método 8D mejoró el número de informes de pertinencia médica entregados fuera del tiempo estándar del Servicio de Pago de Accidentes de Tránsito comparando los valores de período previo al proyecto (junio 2023 a abril 2024) con los valores obtenidos en mayo 2025:
  - De un valor de 100% (promedio del período julio 2023 a abril 2024) bajó al 14.3% (promedio del período noviembre 2024 a mayo 2025).
  - De un valor de 100 % (promedio del período julio 2023 a abril 2024) bajó al 0% (mes de mayo 2025).
- Al evaluar los resultados de la aplicación de las acciones en el proceso de “Auditoría Médica” se obtuvieron mejoras del proyecto comparando los valores del período previo al proyecto (julio 2023 a abril 2024) con los valores del período de aplicación del proyecto (mayo 2024 a mayo 2025):
  - En el porcentaje de pertinencias médicas “entregadas”: De un valor del 0% (valor promedio del período julio 2023 a abril 2024) subió al 86% (valor promedio del período noviembre 2024 a mayo 2025).
  - El número de informes de pertinencias médicas rezagados acumulados al mes de abril 2024 (inicio de proyecto: 10) se redujo un 70.0 %, considerando el valor del mes de mayo 2025 (corte final del proyecto: 3).
  - El número de pertinencias médicas “rezagadas” acumuladas al mes de abril 2024 (inicio de proyecto: 7) se redujo un 57.1 %, considerando el valor del mes de mayo 2025 (corte final del proyecto: 3).

Entre las principales recomendaciones están que la institución de salud objeto de estudio continúe con la aplicación de la metodología de las 8D planteada en el proyecto, para continuar con su análisis y evaluación correspondiente y sea utilizada en otras áreas del Hospital General Ambato.

## **1. SITUACIÓN ACTUAL DEL PROCESO DE “AUDITORIA MÉDICA”**

### **1.1 Antecedentes de la Institución**

El Hospital IESS Ambato ha sido un pilar de atención médica desde su fundación en 1938, cuando comenzó a ofrecer servicios. Tras el terremoto del 5 de agosto de 1949, el hospital amplió su alcance para atender a pacientes no afiliados y en 1991, por el aumento de la demanda, las autoridades institucionales decidieron construir una nueva sede. Durante el gobierno de León Febres Cordero, se planeó transformarlo en un referente de especialidades médicas, con tecnología avanzada y un helipuerto. Sin embargo, retrasos técnicos y administrativos obstaculizaron el proyecto. Bajo el mandato de Rodrigo Borja, se resolvió el contrato y se completó la construcción del nuevo hospital en 1993.

El Hospital del IESS Ambato se encuentra ubicado en la ciudad de Ambato, parroquia urbana Atocha – Ficoa en la avenida Rodrigo Pachano 1076 y Edmundo Martínez. Cuenta con un área de construcción de 40000 m<sup>2</sup> distribuido en 8 pisos.

El hospital es parte del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y brinda una amplia gama de servicios médicos y quirúrgicos, así como atención de emergencia y hospitalización, beneficiando a los afiliados al IESS, a sus familiares y la Red Pública Integral de Salud (RPIS), que incluye a entidades como Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL), Instituto de Seguridad de las fuerzas Armadas (ISSFA) y Servicio de Pago de Accidentes de Tránsito (SPPAT).

En la Figura 1 se muestra el Hospital General Ambato, que brinda acceso a servicios médicos, proporcionando atención a pacientes afiliados en situaciones de emergencia o a través de convenios con otras instituciones.



**Figura 1.** Hospital General Ambato

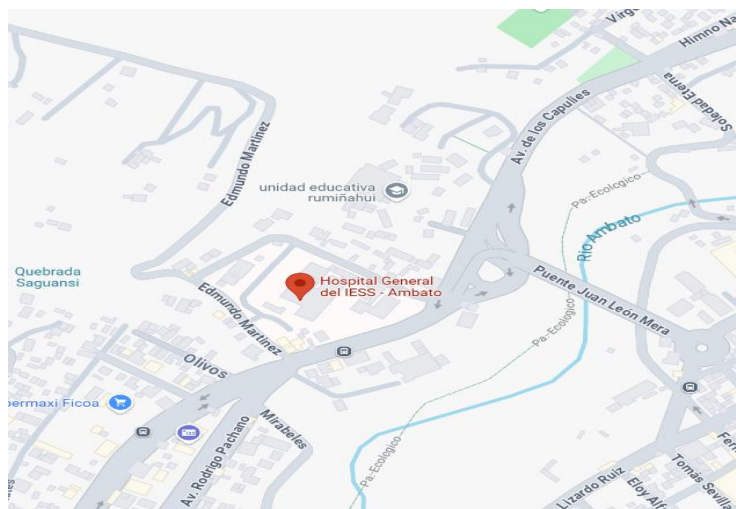
**Fuente:** Hospital General Ambato

### *1.1.1 Contexto Interno*

A continuación, se presenta el contexto interno de la Institución de Salud bajo estudio, considerando su ubicación, estructura funcional, gestión estratégica procesos, infraestructura y tecnología, líneas de servicios y capacidad de atención.

#### *1.1.1.1 Ubicación*

El Hospital del IESS Ambato, cuenta con un área de construcción de 40000 m<sup>2</sup> distribuido en 8 pisos, como se puede evidenciar en la figura 2 se encuentra ubicado en la ciudad de Ambato, parroquia urbana Atocha – Ficoa en la avenida Rodrigo Pachano 1076 y Edmundo Martínez.



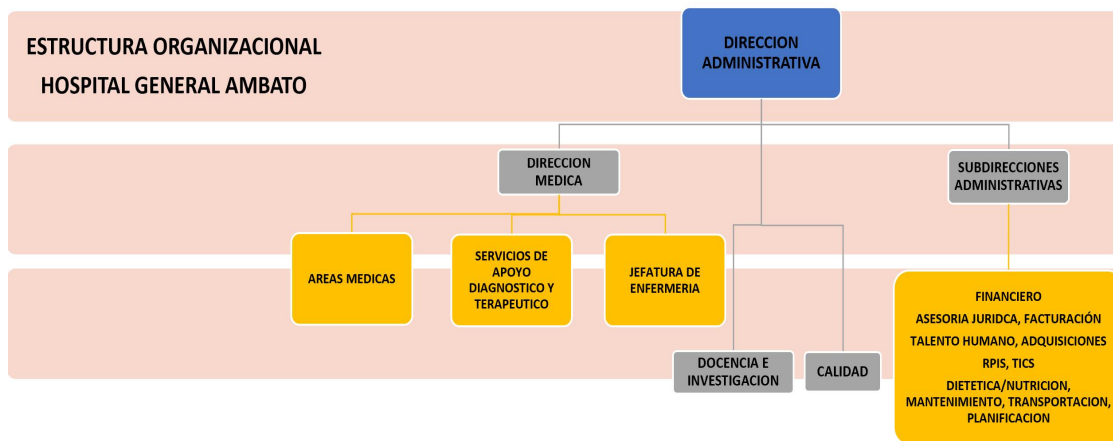
**Figura 2.** Localización del Hospital General Ambato

**Fuente:** Google Maps 2025.

### 1.1.1.2 Estructura Organizacional

La estructura organizacional del Hospital General Ambato está dividida en varios niveles, donde se identifican áreas clave como la dirección administrativa, departamentos médicos, servicios de apoyo como laboratorio, farmacia e imagenología, además subdirecciones administrativas con el objetivo de optimizar los procesos internos y mejorar la eficiencia en la atención médica de la institución.

En la figura 3 se presenta la estructura organizacional del Hospital General Ambato, la cual muestra de manera clara y detallada los diferentes departamentos y su organización jerárquica.



**Figura 3.** Estructura organizacional del Hospital General Ambato

**Fuente:** Hospital General Ambato

### 1.1.1.3 Marco Estratégico

A continuación, se presenta la misión, visión y ejes estratégicos de la Institución bajo estudio:

**Misión:** “El Hospital IESS Ambato es una entidad de atención Médica moderno organizado e innovador que se fundamenta en los principios de solidaridad, universalidad, equidad, eficiencia, ética que se encarga de prevención, promoción y recuperación de la salud de los usuarios cuenta con un equipo multidisciplinario con gran capacidad y experiencia”.

**Visión:** “El Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Ambato se encuentra en una etapa de transformación, el plan estratégico que se está aplicando, sustentado en la Ley de Seguridad Social vigente y en la normativa del sistema nacional de salud la convertirá en un hospital de referencia de segundo nivel complejidad 4 moderna, técnica, con personal capacitado que atenderá con eficiencia, oportunidad y amabilidad a toda persona que solicite los servicios y prestaciones que ofrece”.

**Ejes Estratégicos:** Los ejes estratégicos del hospital están dirigidos a mejorar la calidad y eficiencia de los servicios de salud, los procesos administrativos y financieros, así como fomentar la capacitación continua del personal, ofreciendo una atención integral de salud, reduciendo los tiempos de espera en consulta externa y hospitalización, y agilizar la entrega de documentación para los pagos de los servicios prestados a los diferentes aseguradores, todo esto se lleva a cabo mediante la aplicación de los protocolos establecidos por la institución. En la Tabla 2, se presentan los ejes estratégicos.

**Tabla 1. Ejes Estratégicos**

<b>Incrementar la calidad, calidez y oportunidad en la prestación de servicios de salud</b>	
✓	Fortalecer la unidad de calidad en el establecimiento de salud
✓	Controlar el uso y la correcta aplicación de las normas, protocolos y procedimientos establecidos por organismos internacionales, autoridad sanitaria y modelos de calidad institucionales
<b>Incrementar el uso eficiente del presupuesto del establecimiento de salud</b>	
✓	Implementar mecanismos de control y seguimiento a la ejecución del presupuesto
<b>Incrementar la eficiencia operacional del establecimiento de salud</b>	
✓	Garantizar el suministro continuo de medicinas e insumos médicos
✓	Controlar la ejecución de mantenimiento preventivo a los equipos de infraestructura sanitaria, equipos médicos y el parque automotor
<b>Incrementar la eficiencia en la gestión de procesos administrativos y financieros</b>	
✓	Controlar la ejecución de mantenimiento preventivo a los equipos de infraestructura sanitaria, equipos médicos y el parque automotor
✓	Implementar mecanismos de control y

	seguimiento a la ejecución del presupuesto
✓	Controlar periódicamente el stock de dispositivos médicos
✓	Identificar las necesidades de capacitación y elaborar el plan anual de capacitación de acuerdo con las competencias de los servidores del establecimiento de salud

**Tabla 1.** (Continuación)

<b>Incrementar la calidad, calidez y eficiencia de los servicios de salud</b>	
✓	Controlar que las derivaciones se den únicamente por insuficiente capacidad resolutive y falta de accesibilidad geográfica de acuerdo con lo que establece el Acuerdo Ministerial 00140 del MSP
✓	Desarrollar con la Coordinación Provincial Redes Especializadas para la articulación de la red interna y externa
✓	Controlar periódicamente el stock de medicamentos

Incrementar la calidad de la atención integral de salud mediante la mejora de los procesos de atención intra y extramural, prehospitolaria, la estandarización y aplicación de protocolos y procedimientos médicos y el fortalecimiento del personal especializado.

Incrementar la calidad en la atención de los pacientes en consulta externa y hospitalización mediante la reducción del tiempo de espera y estancia prequirúrgica con la aplicación de los protocolos preestablecidos y establecidos por la institución

**Fuente:** Hospital General Ambato.

#### *1.1.1.4 Infraestructura y tecnología*

##### *1.1.1.4.1 Infraestructura*

La infraestructura del hospital se caracteriza por su modernidad, capacidad y funcionalidad.

El diseño arquitectónico del hospital es moderno y funcional, con énfasis en la comodidad de los pacientes con un ambiente hospitalario que favorece su recuperación con habitaciones iluminadas y ventiladas. En la Figura 4 se presenta la fachada principal.



**Figura 4.** Fachada principal del Hospital General Ambato.

**Fuente:** Hospital General Ambato

Las principales características de las áreas son:

**a) Áreas de servicios**

- **Consultorios y Áreas de Atención Ambulatoria:** El hospital cuenta con consultorios donde se brindan servicios de atención médica en diversas especialidades como cardiología, traumatología, ginecología, neurología, pediatría, psiquiatría, oftalmología, neurocirugía, cirugía general, cirugía plástica, entre otras, diseñados para facilitar la atención de pacientes.
- **Área de Emergencia:** Está equipada para atender casos críticos, con personal las 24 horas del día; el acceso a esta área está señalizado y tiene un sistema de triage para clasificar los casos según la urgencia médica.
- **Hospitalización:** El hospital cuenta con áreas de hospitalización para pacientes que requieren internación; estas áreas están organizadas para atender tanto a pacientes generales como a aquellos que requieren atención especializada o cuidados intensivos.
- **Quirófanos:** El hospital dispone de quirófanos modernos equipados con tecnología avanzada para realizar procedimientos quirúrgicos de diferentes especialidades,

preparados para intervenciones complejas, con equipos como sistemas de anestesia de última generación y otros equipos necesarios para cirugías de alta especialización.

- **Unidad de Cuidados Intensivos (UCI):** El hospital posee una UCI donde se atienden pacientes en estado crítico; está equipada con tecnología avanzada para la monitorización y el soporte vital de los pacientes.
- **Unidad Renal y Hemodiálisis:** Una de las áreas destacadas de la infraestructura del hospital es su unidad renal, que ofrece hemodiálisis a los pacientes con insuficiencia renal, con espacios adecuados y equipos de última tecnología.

#### b) **Áreas complementarias**

- **Laboratorios y Diagnóstico:** El hospital cuenta con modernos laboratorios y equipos de diagnóstico por imágenes, como tomografía computarizada (TC), rayos X, ecografía, resonancia magnética (en algunos casos), permitiendo realizar estudios rápidos y precisos para la detección de enfermedades y planificación de tratamientos.
- **Farmacia y Medicamentos:** Que permite a los pacientes adquirir medicamentos prescritos por los médicos, asegurando un suministro constante de medicamentos esenciales y especializados.
- **Áreas Administrativas para servicios:** La parte administrativa del hospital está dividida en oficinas, donde se gestionan las citas médicas, el manejo de seguros, y otros servicios relacionados con la atención de los pacientes.
- **Áreas de espera:** Para los pacientes y sus familiares, garantizando su comodidad.

#### c) **Instalaciones para el personal médico y de apoyo**

- **Salas de descanso para el personal:** El hospital cuenta con espacios de descanso para los médicos, enfermeros y demás personal de salud.
- **Salas de capacitación:** Hay espacios destinados a la capacitación del personal médico y administrativo, y para actividades de investigación.

#### **d) Estacionamiento y accesibilidad**

- **Estacionamiento:** El hospital ofrece áreas de estacionamiento tanto para los pacientes como para el personal, facilitando el acceso a las instalaciones y minimizando problemas de movilidad.
- **Accesibilidad:** Las instalaciones son accesibles para personas con discapacidades, existen rampas, ascensores amplios y espacios adecuados para personas con movilidad reducida, lo que asegura que el hospital sea inclusivo.

#### **e) Áreas Administrativas**

- **Área de Talento Humano:** El área de Talento Humano se encarga de la gestión y administración del personal que trabaja en el hospital, incluye a los médicos y profesionales de la salud como a los empleados administrativos, técnicos y operativos.
- **Área Financiera:** Realiza la planificación, gestión y control de los recursos económicos del hospital, se encarga de garantizar que los fondos sean administrados eficientemente y que se cumpla con los presupuestos establecidos.
- **Área Jurídica:** Se encarga de todos los aspectos legales relacionados con el funcionamiento del hospital, asesora y apoya a la dirección en temas legales y normativos, garantizando que el hospital cumpla con todas las leyes y regulaciones pertinentes.
- **Área de Adquisiciones:** Responsable de la gestión de la compra de bienes y servicios necesarios para el funcionamiento del hospital.
- **Auditoría Médica:** Dedicada a la supervisión de los servicios médicos, garantizando que los procedimientos se realicen de acuerdo con los estándares y normativas legales vigentes.

- **Facturación Financiera:** Se encarga de la gestión de cobros a los pacientes, tanto para los servicios cubiertos por el IESS como aquellos servicios privados o no cubiertos por seguros.

#### **f) Seguridad**

El hospital tiene un sistema de seguridad que incluye vigilancia las 24 horas del día, tanto en las áreas internas como externas del edificio, con sistemas de control de acceso y cámaras de seguridad para proteger a los pacientes y al personal.

##### *1.1.1.4.2 Tecnología*

El aspecto tecnológico del Hospital General Ambato es una de sus fortalezas en la prestación de sus servicios. A continuación, sus principales características:

- **Equipos médicos avanzados:** Equipos de diagnóstico, como tomografía computarizada (TC), radiología digital, ultrasonido y tecnología para realizar análisis de laboratorio de alta precisión.
- **Equipos de hemodiálisis:** Cuenta con equipos de última tecnología para el tratamiento de pacientes con insuficiencia renal.
- **Quirófanos de última generación:** Los quirófanos están equipados con tecnología avanzada para realizar procedimientos quirúrgicos complejos y de alta especialización.
- **Tecnología para la gestión de citas y consultas:** El hospital utiliza plataformas digitales para facilitar la gestión de citas médicas, permitiendo a los afiliados agendar sus consultas de manera directa.
- **Tecnología para la atención del paciente:** El hospital ha implementado sistemas tecnológicos para la atención, como historias clínicas electrónicas, que permiten un seguimiento más eficiente de los pacientes.

#### *1.1.1.5 Principales Beneficiarios*

El Hospital General de Ambato brinda atención principalmente a los afiliados y beneficiarios del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), quienes tienen acceso prioritario a los servicios de salud que ofrece la institución. Debido a su integración en la Red Pública Integral de Salud (RPIS), su atención se extiende a otros grupos de la población no afiliada como: pacientes del Ministerio de Salud Pública (MSP), del Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL), del Instituto de Seguridad de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y del Servicio Público para el Pago de Accidentes de Tránsito (SPPAT), especialmente en situaciones de emergencia. A través del RPIS, el hospital implementa programas de salud pública, como atención preventiva y control de enfermedades crónicas, destinados a toda la población de la región, garantizando que los servicios de salud estén disponibles de manera más inclusiva y accesible.

El Hospital General Ambato forma parte de la Red Pública Integral de Salud (RPIS), la cual es un sistema de atención médica que engloba una serie de servicios de salud ofrecidos por instituciones públicas y privadas, con el fin de garantizar el acceso equitativo y la cobertura universal de atención médica para toda la población ecuatoriana; es responsable de brindar servicios desde la atención especializada, incluyendo la promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, buscando garantizar la accesibilidad, la calidad y la equidad en la prestación de servicios de salud y promoviendo el bienestar y la salud.

En el Hospital General Ambato, la gestión de la RPIS está conformado por dos procesos: “Planillaje y Facturación” y “Auditoria Médica”.

#### *1.1.1.6 Situación actual del proceso bajo estudio*

En la Figura 5 se presenta el mapa de procesos que la organización ha desarrollado donde se identifican los siguientes procesos:

El proceso de “Auditoría Médica” es el responsable de la evaluación periódica de la calidad de la atención médica, mediante la verificación de los procedimientos, tratamientos y diagnósticos, previniendo errores y asegurando que los pacientes reciban el mejor cuidado, contribuyendo a la mejora continua de la calidad en la atención y promoviendo la transparencia y la rendición de cuentas en el uso de los recursos del sistema de salud. El proceso lleva a cabo la recuperación de costos asociados a la prestación de servicios de salud brindados entre las instituciones de la Red Pública Integral de Salud (RPIS), la Red Privada Complementaria (RPC) y el Servicio Público para el Pago de Accidentes de Tránsito (SPPAT). Estas actividades se realizan de manera mensual por el personal del área, que está conformado por 3 médicos auditores y un médico auditor responsable. Con este accionar, se garantiza la utilización de recursos de manera eficiente, mediante la revisión de expedientes médicos para evaluar si el diagnóstico, tratamiento y procedimientos realizados cumplen con los estándares establecidos, verificando que la documentación este completa con la revisión y el estudio mensual de las historias clínicas en el sistema informático MIS-AS 400, lo que permite la definición de la pertinencia médica y entrega de informes al proceso de “Planillaje y Facturación” para continuar con la recuperación de costos de la atención de salud brindada.

En la Tabla 1 se presenta el número de pertinencias médicas realizadas mensualmente del período julio 2023 a abril 2024, donde se observa que el porcentaje de informes que no fueron entregados en el tiempo máximo establecido fue del 100% cada mes.

**Tabla 2.** Gestión de informes de pertinencia médica del SPPAT (julio 2023 – abril 2024)

Mes	Número de pertinencias realizadas	Número de informes entregados	% de informes no entregados en el tiempo estándar
<b>Julio 2023</b>	1	0	100%
<b>Agosto 2023</b>	1	0	100%
<b>Septiembre 2023</b>	1	0	100%
<b>Octubre 2023</b>	0	0	100%
<b>Noviembre 2023</b>	0	0	100%
<b>Diciembre 2023</b>	0	0	100%
<b>Enero 2024</b>	0	0	100%
<b>Febrero 2024</b>	0	0	100%

<b>Marzo 2024</b>	0	0	100%
<b>Abril 2024</b>	0	0	100%

**Fuente:** Datos de institución bajo estudio 2024

El informe de pertinencia médica debe ser entregado hasta el 25 de cada mes (según requisito del Acuerdo Ministerial N° 00140 del año 2023 - “Reglamento de Relacionamiento para la prestación de servicios de salud entre instituciones de la Red Pública Integral de Salud RPIS, de la red privada complementaria – RPC y el servicio público para pago de accidentes de tránsito – SPPAT y su reconocimiento económico”). Para el cálculo del indicador se utiliza el listado de pacientes de la RPIS (Red Pública Integral de Salud) que acuden a emergencia para una atención médica por accidente de tránsito; cada mes, de este listado de pacientes se filtran los usuarios que cumplen con los criterios del SPPAT para el procesamiento de la pertinencia médica de cada accidente y se procede con la generación del informe.

La no entrega del informe de pertinencia en el tiempo definido ha generado un impacto directo en el flujo financiero del sistema, ya que, la falta de dichos informes impide que se cumpla el proceso para el pago correspondiente por los servicios brindados a los pacientes involucrados por accidentes de tránsito. La demora en estos procesos no solo afecta a los prestadores de salud que han atendido a los afectados, sino que, también genera inconvenientes en la gestión de recursos y en la relación contractual entre las instituciones implicadas, poniendo en riesgo la continuidad de la atención de calidad.

## **2 DEFINICIÓN Y APLICACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA BASADAS EN EL MÉTODO 8D**

Para mejorar en el proceso de “Auditoría Médica” con el fin de disminuir el número de informes de pertinencia médica del servicio de pago de accidentes de tránsito (SPPAT) en el Hospital General Ambato se utilizó el método 8D (Lestyánszka Škúrková et al., 2023). con los siguientes pasos:

- Paso 1D: Formación de equipos.
- Paso 2D: Definición y descripción del problema.
- Paso 3D: Acciones de Contención Provisional.
- Paso 4D: Análisis de Causa y Efecto Raíz.
- Paso 5D: Acciones correctivas.
- Paso 6D: Verificación de acciones correctivas.
- Paso 7D: Estandarización.
- Paso 8D: Reconocimiento individual y de equipo.

A continuación, se desarrolla el proyecto acorde a cada uno de los pasos propuestos:

### **2.1 Paso 1D - Formación de equipos**

Una vez que la autoridad máxima de la Institución evidenció la existencia de un problema en el proceso de “Auditoría Médica” respecto al número de informes de pertinencia médica del SPPAT con entrega fuera de tiempo se decidió iniciar con la aplicación del método 8D. Para ello, se convocó a una reunión para establecer el equipo de trabajo responsable de llevar a cabo el proyecto.

El equipo de trabajo quedó conformado de la siguiente manera:

- Líder de Proyecto: Médico Auditor, responsable del proceso de “Auditoría Médica”.
- Integrante 1: Médico general en funciones hospitalarias, quien tiene la capacidad de tomar decisiones para implementar cambios que se requieran.

- Integrante 2: Médico auditor, quien posee el conocimiento y la experiencia del proceso.
- Integrante 3: Médico auditor, responsable de la revisión de la matriz de pertinencia médica y dependencias (ambulatorio, emergencia y hospitalización).
- Integrante 4: Planilladora del SPPAT, quien es la responsable de verificar la información de gestión documental, calificación de pacientes, costos, valores, ingresos y egresos relacionados a la pertinencia médica.

## **2.2 Paso 2D - Definición y descripción del problema**

Para llevar a cabo el paso D2, el equipo de trabajo se reunió para desarrollar el diagrama de flujo del proceso de “Auditoría Médica” con el objetivo de tener un mejor entendimiento de las actividades que se realizan y los actores de este. El diagrama de flujo se presenta en la Figura 5.



El problema se enfocó en el porcentaje de informes de pertinencia médica que no se entregaron en el tiempo estándar durante el periodo julio 2023 a abril 2024 del servicio de pago de accidentes de tránsito (SPPAT). Como se observa en la Tabla 2, el valor mensual fue del 100% de informes no entregados.

### 2.3 Paso 3D - Acciones de Contención Provisional

Para el desarrollo del paso D3, se convocó a una reunión en el mes de septiembre del 2024 con el equipo de trabajo donde se propuso como medida de contención provisional: la redistribución temporal de funciones del personal médico de auditoría médica para igualar los trámites requeridos a partir de los meses de octubre, noviembre, diciembre del 2024 y enero del 2025. Esta acción se aplicó durante el tiempo de la realización del proyecto, bajo la responsabilidad del jefe de auditoría médica.

### 2.4 Paso 4D - Análisis de Causa y Efecto

Para la realización del paso D4 se convocó a una reunión con el equipo de trabajo para determinar las causas raíz del problema. Para ello, se utilizó el diagrama de Ishikawa (causa-efecto) complementado con la técnica de los 5 Por qué. El diagrama generado se encuentra en la Figura 6.

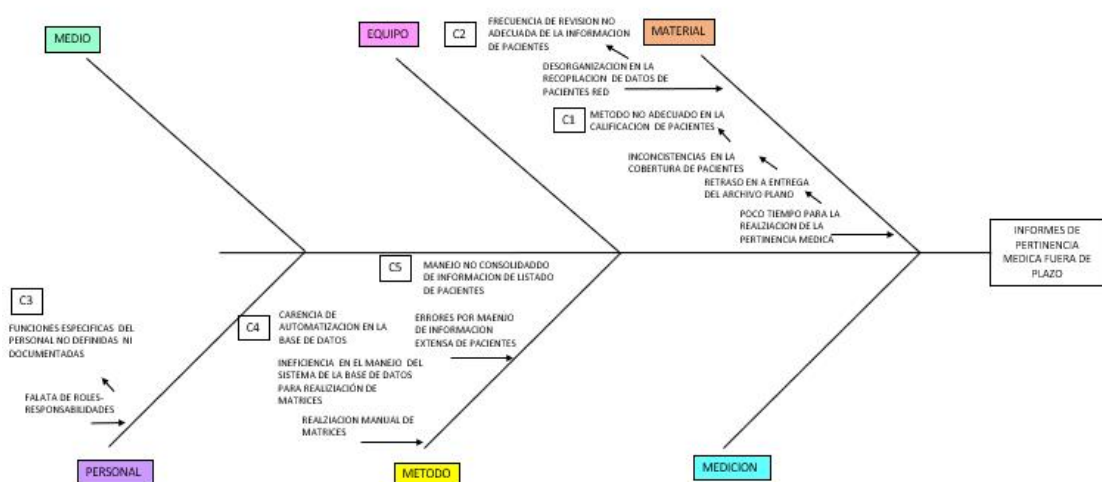


Figura 6. Diagrama de Ishikawa

Las causas raíz identificadas se presentan en la Tabla 3.

**Tabla 3.** Causas raíz identificadas

CÓDIGO	CAUSA RAÍZ
C1	Método no adecuado en la calificación de pacientes.
C2	Frecuencia de revisión no adecuada de la información de pacientes.
C3	Funciones específicas del personal no definidas, ni documentadas.
C4	Carencia de automatización en la base de datos.
C5	Manejo no consolidado de la información de listados de pacientes.

## 2.5 Paso 5D - Acciones Correctivas

Una vez establecidas las causas raíz del problema en estudio, el equipo de mejora determinó las respectivas acciones correctivas (acciones de mejora). Esta información se presenta en la Tabla 4.

**Tabla 4.** Causas Raíz y Acciones de Mejora

CÓDIGO	CAUSA RAÍZ	CÓDIGO	ACCIÓN CORRECTIVA
C1	Método no adecuado en la calificación de pacientes.	AC1	Mejorar el método calificador de pacientes.
C2	Frecuencia de revisión no adecuada de la información de pacientes. Revisión de información de pacientes de manera mensual.	AC2	Definir una mayor frecuencia de revisión de la información de pacientes.
C3	Funciones específicas del personal no definidas, ni documentadas.	AC3	Documentar los roles y responsabilidades del personal de auditoría médica.
C4	Carencia de automatización en la base de datos.	AC4	Adecuación para la automatización para una base de datos.
C5	Manejo no consolidado de la información de listados de pacientes.	AC5	Implementar un archivo consolidado de listado de pacientes.

Para la implementación de las acciones de mejora identificadas se desarrolló un plan de acción que se presentan en la Tabla 5.

**Tabla 5.** Plan de Acciones

Nro. de Código	Causa Raíz	Nro. de código	Acción de Mejora	Responsable	Tiempo
C1	Método no adecuado en la calificación de pacientes.	AM1	Mejorar el método calificador de pacientes.	Responsable de estadística Responsable de auditoria medica Responsable de facturación	15 días
C2	Frecuencia de revisión no adecuada de la información de pacientes.	AM2	Definir una mayor frecuencia de revisión de la información de pacientes.	Responsable de facturación y personal (gestión documental) Responsable de auditoria médica y personal. Responsable de estadística	15 días
C3	Funciones específicas del personal no definidas, ni documentadas.	AM3	Documentar los roles y responsabilidades del personal de auditoría médica.	Médico Auditor, responsable del proceso de “Auditoría Médica”.	3 meses

**Tabla 5. (Continuación)**

C4	Carencia de automatización en la base de datos	AM4	Adecuación para la automatización para una base de datos	Responsable técnico informático	15 días
C5	Manejo no consolidado de la información de listados de pacientes.	AM5	Implementar un archivo consolidado de listado de pacientes.	Responsable de facturación Responsable de Estadística. Médico Auditor, responsable	1mes

Considerando el plan de acción a continuación se presenta el detalle del desarrollo de cada una de las acciones:

### *2.5.1 Acción de Mejora AM1*

- **Causa raíz - C1:** “Método no adecuado en la calificación de pacientes”.
- **Acción de mejora:** Mejorar el método calificador de pacientes.
- **Desarrollo de acción de mejora**

Para mejorar el método de calificación de pacientes se realizó una reunión con la responsable del área de estadística del Hospital General Ambato donde se definió que, al momento del ingreso del usuario, el personal de admisiones debe preguntar el tipo de cobertura, y que el jefe del servicio de Emergencia indicará al jefe de guardia de turno realice una revisión de estas para verificar la calificación de pacientes. Adicionalmente, se definió que los médicos residentes de emergencia realizarán la revisión de las atenciones médicas brindadas para identificar a los pacientes por accidente de tránsito (SPPAT) y que al final de la jornada se de entrega inmediata de la historia clínica física (formularios 008) al personal de estadística, para que se realice de manera diaria la

verificación de la calificación de los pacientes y modificación en caso de que cambie la cobertura según corresponda el asegurador público (MSP, ISSFA, ISSPOL, SPPAT) para ser entregados de manera quincenal al responsable de facturación y planillaje. Esta reunión se realizó mediante Acta Nro.6 el día lunes 22 de abril del 2024 en el área de docencia con el responsable de estadística y auditoría médica. En el Anexo C se presenta la lista de asistencia de la reunión con firmas de responsabilidad, donde se evidencia la acción a mejorar para la calificación de pacientes en el acta número 6 por parte del personal de estadística, mismas que fueron validadas por el responsable del área de facturación y responsable del área de Auditoría médica.

### *2.5.2 Acción de Mejora AM2*

- **Causa raíz - C2:** Frecuencia de revisión no adecuada de la información de pacientes.
- **Acción de mejora:** Definir una mayor frecuencia de revisión de la información de pacientes.
- **Desarrollo de acción de mejora**

Para llevar a cabo una revisión frecuente de información de pacientes se convocó a una reunión con el personal de facturación, gestión documental, responsable de estadística y personal de auditoría médica del Hospital General Ambato, donde se definió realizar de manera quincenal la revisión de formularios 008 por parte de los médicos auditores y se solicitó la entrega diaria de pacientes red (MSP- ISSFA- ISSPOL- SPPAT) a los responsables de gestión documental, para que se pueda recopilar información de los pacientes conjuntamente con la historia clínica (formularios 008) y el sistema MIS AS 400 y realizar una distribución de la atención médica brindada según la dependencia (emergencia- hospitalización- ambulatorio). Esta reunión se realizó el día lunes 4 de agosto del 2024 mediante Acta Nro. 8 en el área de RPIS con el personal antes mencionado. En el Anexo D se presenta el acta Nro. 8, con la lista de asistencia de la reunión con firmas de responsabilidad, donde se encuentra el acuerdo de revisión de la información de los pacientes de manera quincenal y su envío mensual del total de pacientes mediante la plataforma documental (Quipux) por parte de la responsable de facturación a la responsable de auditoría médica.

### 2.5.3 Acción de Mejora AM3

- **Causa raíz - C3:** Funciones específicas del personal no definidas, ni documentadas.
- **Acción de mejora:** Documentar los roles y responsabilidades del personal de auditoría médica.
- **Desarrollo de acción de mejora**

Para documentar los roles y responsabilidades se realizó una reunión donde se establecieron las nuevas funciones para cada médico auditor con el fin de tener una mejor organización en la realización de las actividades diarias y para avanzar con la realización de informes y pertinencia medica del prestador SPPAT. Estas responsabilidades fueron distribuidas de la siguiente manera:

**Médico Auditor 1:** responsable del prestador ISSPOL.

- Realizar y cumplir con la entrega mensual de la pertinencia médica e informes del prestador ISSPOL.
- Revisión quincenal de información de pacientes mediante los formularios de emergencia (008) del prestador ISSPOL.
- Realización de objeciones internas IESS
- Revisión de plataforma (QUIPUX) más inducción del personal nuevo
- Cumplir con la finalización de informes de pertinencia médica de los meses julio-agosto 2023

**Médico Auditor 2:** responsable del prestador ISSFA

- Realizar y cumplir con la entrega mensual de la pertinencia médica e informes del prestador ISSFA.
- Revisión quincenal de información médica de pacientes mediante los formularios de emergencia (008) del prestador ISSFA.
- Realización y cumplimiento con la entrega de objeciones del prestador ISSFA y del prestador ISSPOL
- Realización de pertinencia medica e informes de SPPAT.
- Revisión de plataforma (QUIPUX) más inducción del personal nuevo

**Médico Auditor 3:** responsable del prestador MSP

- Realizar y cumplir con la entrega mensual de la pertinencia médica e informes del prestador MSP.
- Revisión quincenal de información médica de pacientes mediante los formularios de emergencia (008) del prestador MSP.
- Realización y cumplimiento con la entrega de objeciones del prestador MSP.
- Cumplimiento de asistencia de reuniones mensuales del Comité de Facturación más reuniones de la RPIS
- Realización de Informe técnico Médico del Seguro Social Campesino
- Realización de pertinencia medica e informes de SPPAT.
- Revisión de plataforma (QUIPUX) más inducción del personal nuevo

**Medico Auditor 4:** responsable del SPPAT

- Realizar y cumplir con la entrega mensual de la pertinencia médica e informes del SPPAT.
- Revisión quincenal de información médica de pacientes mediante los formularios de emergencia (008) del prestador SPPAT.
- Realización y cumplimiento con el envío de objeciones del SPPAT en la plataforma SECAF.
- Revisión de plataforma (QUIPUX) más inducción del personal nuevo

Esta reunión se realizó el día 13 de septiembre del 2024 mediante Acta Nro. 9 en el área de docencia con el personal de auditoria médica. En el Anexo E se presenta el acta con la lista de asistencia de la reunión y con firmas de responsabilidad, donde se evidencia las funciones distribuidas a cada médico auditor para su cumplimiento, misma que es socializada por parte del coordinador del área mediante plataforma documental (Quipux).

*2.5.4 Acción de Mejora AM4*

- **Causa raíz - C4:** Carencia de automatización en la base de datos
- **Acción de mejora:** Adecuación para la automatización para una base de datos

- **Desarrollo de acción de mejora**

Para implementar una base de datos del listado de pacientes que acuden a la institución de salud cada mes para recibir atención médica nueva o subsecuente por accidentes de tránsito, se solicitó al responsable del área de sistemas del Hospital General Ambato que, una vez que llegue el archivo plano, se realice una automatización sobre los datos de pacientes en formato Excel, mediante el número de cédula, permitiendo generar de manera automática los principales datos: fecha de nacimiento, año, mes, día, nombres, apellidos, edad, género, dependencia (hospitalización – emergencia - consulta externa), fecha de la atención y el código CIE10; dando como resultado una matriz general donde se encuentran datos específicos de los pacientes, lo cual permite al personal de auditoría médica iniciar directamente con la pertinencia médica. Esta acción se realizó mediante acta Nro. 10 del día 26 de noviembre del 2024 con el responsable el área de sistemas y con la responsable del área de auditoría médica. En el Anexo F se presenta la lista de asistencia de la reunión con firmas de responsabilidad, donde se encuentra la implementación de automatización de datos del listado de pacientes del archivo plano por parte del responsable del área de sistemas, mismas que fueron validadas por el personal de Auditoría médica.

#### *2.5.5 Acción de Mejora AM5*

- **Causa raíz - C5:** Manejo no consolidado de la información de listados de pacientes.
- **Acción de mejora:** Implementar un archivo consolidado de listado de pacientes.
- **Desarrollo de acción de mejora**

Para implementar un archivo consolidado de listado de pacientes se realizó una reunión con el personal de facturación y gestión documental del Hospital General Ambato, donde se definió realizar de manera mensual una rectificación y ratificación de pacientes red (MSP-ISSFA-ISSPOL-SPPAT), conjuntamente con la utilización del archivo plano y el listado de pacientes entregados por el área de estadística, con el fin de crear un listado consolidado definitivo y evitar falta de pacientes; con ello, el personal de auditoría médica puede dar inicio a la pertinencia médica con la utilización del Sistema MIS AS 400. Esta reunión se realizó el día 11 de julio del 2024 mediante Acta

Nro. 7 en el área de RPIS con el personal de facturación y gestión documental y con el personal de auditoría médica. En el Anexo G se presenta el acta con la lista de asistencia de la reunión con firmas de responsabilidad según cada prestador, donde se encuentra la definición de rectificación y ratificación de pacientes que serán enviadas mediante plataforma documental (Quipux) de manera mensual por parte de la responsable de facturación indicando “Envío de Archivo plano para inicio de pertinencia médica” a la responsable de auditoría médica.

## 2.6 Paso 6D - Verificación de acciones correctivas

### 2.6.1 Verificación de implementación de acciones correctivas

En el mes Mayo se realizó un seguimiento a la implementación de las acciones de mejora planteadas para cada causa raíz, este seguimiento se presenta en la Tabla 6.

**Tabla 6.** Porcentaje de avance de acciones de mejora

ACCIONES DE MEJORA	% DE CUMPLIMIENTO
Mejorar el método calificador de pacientes.	70%
Definir una mayor frecuencia de revisión de la información de pacientes.	80%
Documentar los roles y responsabilidades del personal de auditoría médica.	100%
Adecuación para la automatización para una base de datos	100%
Implementar un archivo consolidado de listado de pacientes.	100%

### 2.6.2 Verificación de resultados

Los resultados tras la implementación de las propuestas de acciones de mejora planteadas para aumentar el número de pertinencias médicas realizadas y disminuir el número de porcentaje de informes de pertinencia médica no entregados en el tiempo

estándar del Servicio de Pago de Accidentes de Tránsito (SPPAT), se presentan a continuación:

a) Pertinencias médicas “entregadas”

En la Tabla 7 se muestra el seguimiento mensual de la realización y entrega de pertinencias médicas entre el periodo mayo del 2024 y mayo del 2025, donde se observa que, en los primeros tres meses, mayo, junio, julio del año 2024, no se realizó ningún trámite, reflejando un 0% de pertinencias médicas entregadas; a partir del mes de agosto del 2024, se tramitan las pertinencias médicas de los meses anteriores. En los meses de noviembre y diciembre del año 2024, y febrero, marzo, abril y mayo del año 2025, se observa una mejora en la gestión, llegando al 100% de entrega de las pertinencias médicas en estos meses.

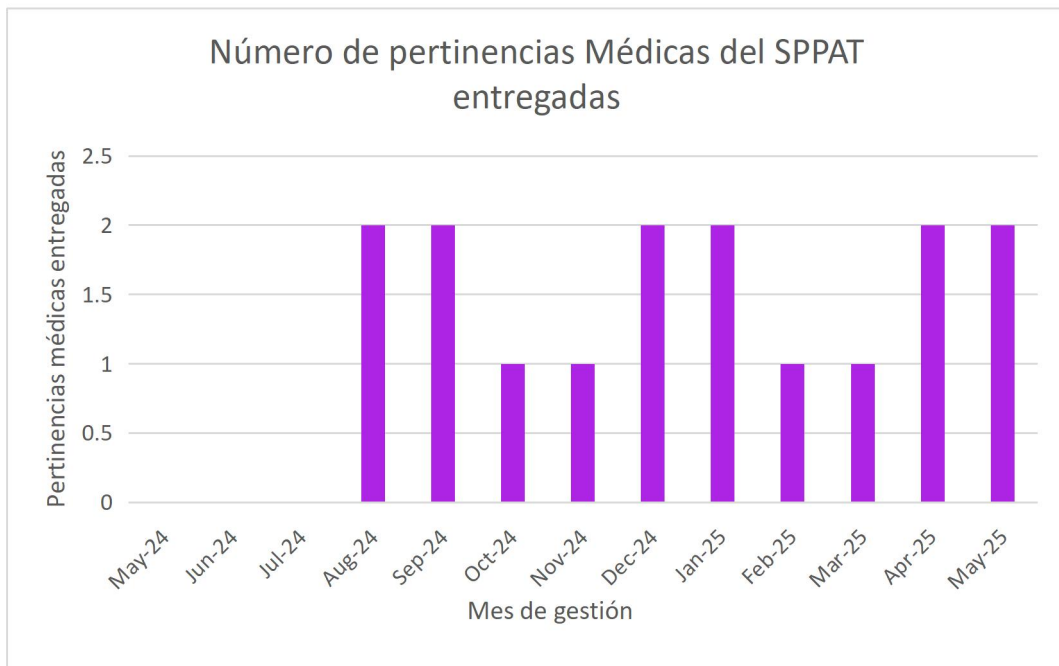
**Tabla 7.** Realización de pertinencias médicas del SPPAT (mayo 2024 - mayo 2025)

<b>Mes de gestión</b>	<b>Pertinencias tramitadas del mes de:</b>	<b>Realización de pertinencia médica</b>	<b>Número de pertinencias médicas entregadas</b>	<b>% de pertinencia médicas entregadas</b>
<b>Mayo 2024</b>	Ninguno	NO	0	0%
<b>Junio 2024</b>	Ninguno	NO	0	0%
<b>Julio 2024</b>	Ninguno	NO	0	0%
<b>Agosto 2024</b>	Octubre 2023	SI	2	0%
	Noviembre 2023	SI		
<b>Septiembre 2024</b>	Enero 2024	SI	2	0%
	Diciembre 2023	SI		
<b>Octubre 2024</b>	Febrero 2024	SI	1	0%
<b>Noviembre 2024</b>	Octubre 2024	SI	1	100%
<b>Diciembre 2024</b>	Noviembre 2024	SI	2	100%
	Marzo 2024	SI		
<b>Enero 2025</b>	Abril 2024	SI	2	0%
	Mayo 2024			
<b>Febrero 2025</b>	Enero 2025	SI	1	100%
<b>Marzo 2025</b>	<b>Febrero 2025</b>	<b>SI</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>
<b>Abril 2025</b>	Marzo 2025	SI	2	100%
	Diciembre 2024	SI		
<b>Mayo 2025</b>	Abril 2025	SI	2	100%
	Junio 2024			

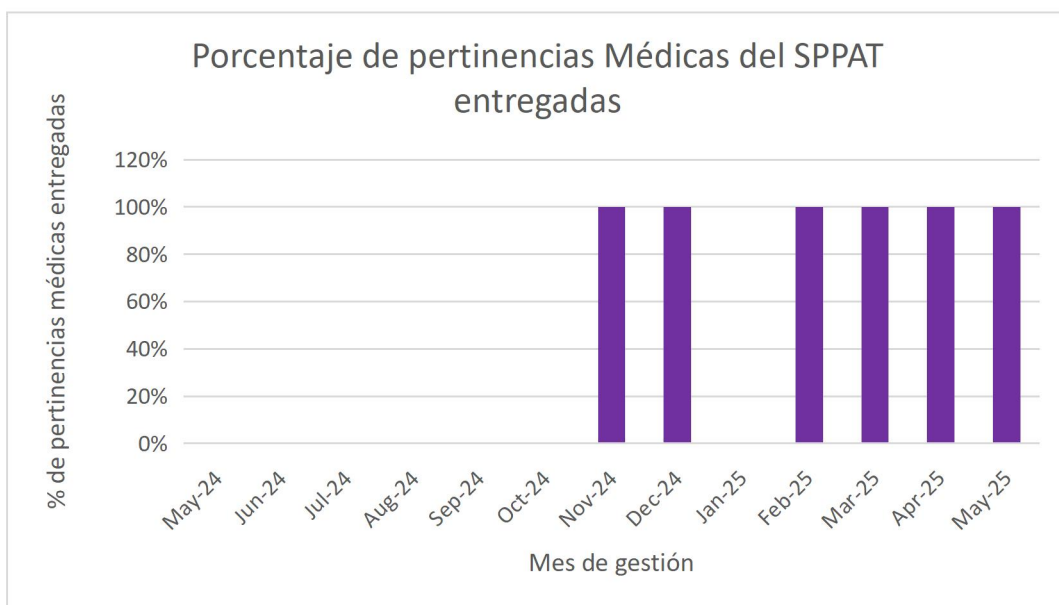
**Tabla 7.** (Continuación)

En la Figura 7 se encuentra el seguimiento mensual del número de pertinencias médicas realizadas del SPPAT, para el período del mes de mayo 2024 a mayo 2025. En la Figura

8 se muestra el porcentaje de pertinencias médicas del SPPAT “entregadas” para el período mayo 2024 a mayo 2025.



**Figura 7.** Número de pertinencias médicas entregadas (mayo 2024- mayo 2025)



**Figura 8.** Porcentaje de pertinencias médicas del SPPAT entregadas (mayo 2024 - mayo 2025)

b) Trámite de pertinencias médicas e informes de pertinencia médica

En la Tabla 8 se presenta el trámite de informes de pertinencia médica rezagados del SPPAT del periodo mayo 2024 a mayo 2025, donde se evidencia que en el mes de mayo y junio del 2024 no se realizó ningún informe, lo que representa un porcentaje de entrega del 0%. En el mes de julio del año 2024 se elaboran dos informes de meses anteriores (julio y agosto del año 2023), manteniéndose la misma tendencia en los meses de agosto, septiembre, octubre del año 2024 y enero del año 2025. A partir de los meses de noviembre y diciembre 2024 y febrero, hasta mayo del año 2025 se logra la entrega de informes de pertinencia médica en el tiempo estándar.

**Tabla 8.** Trámite de informes de pertinencia médica del SPPAT (mayo 2024- mayo 2025)

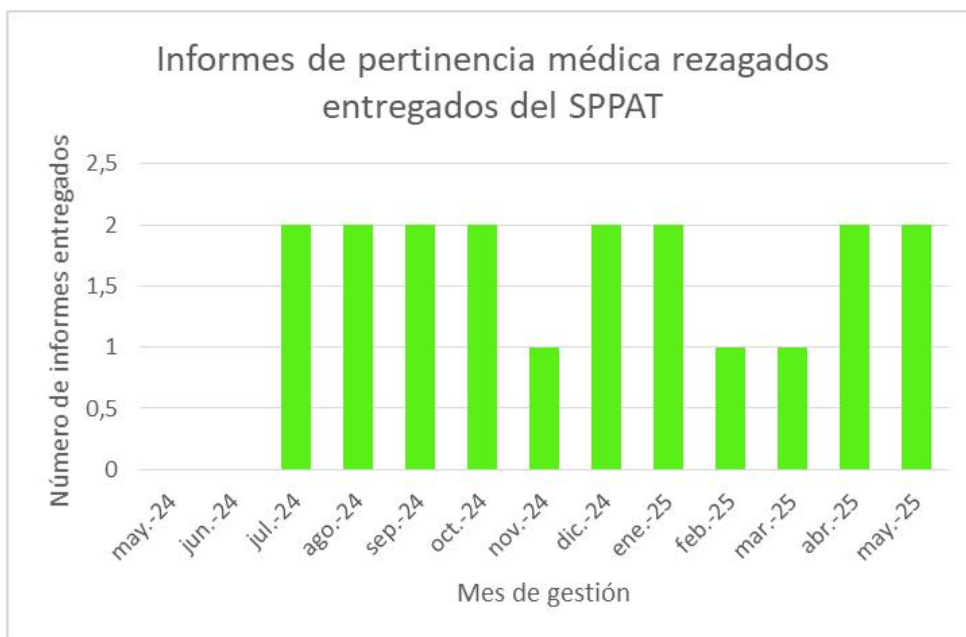
Mes de gestión	Informes realizados del mes de:	Realización de informes	Número de informes entregados	Número de informes entregados en tiempo estándar	% de informes entregados en el tiempo estándar	% de informes no entregados en el tiempo estándar
<b>Mayo 2024</b>	Ninguno	NO	0	0	0%	100%
<b>Junio 2024</b>	Ninguno	NO	0	0	0%	100%
<b>Julio 2024</b>	Julio 2023 Agosto 2023	SI	2	0	0%	100%
<b>Agosto</b>	Octubre 2023	SI	2	0	0%	100%

<b>2024</b>	Noviembre 2023					
<b>Septiembre 2024</b>	Enero 2024 Diciembre 2023	SI	2	0	0%	100%
<b>Octubre 2024</b>	Septiembre 2023 Febrero 2024	SI	2	0	0%	100%
<b>Noviembre 2024</b>	Octubre 2024	SI	1	1	100%	0%
<b>Diciembre 2024</b>	Noviembre 2024 Marzo2024	SI	2	1	100%	0%
<b>Enero 2025</b>	Abril 2024 Mayo 2024	SI	2	0	0%	100%
<b>Febrero 2025</b>	Enero 2025	SI	1	1	100%	0%
<b>Marzo 2025</b>	Febrero 2025	SI	1	1	100%	0%

**Tabla 8. (Continuación)**

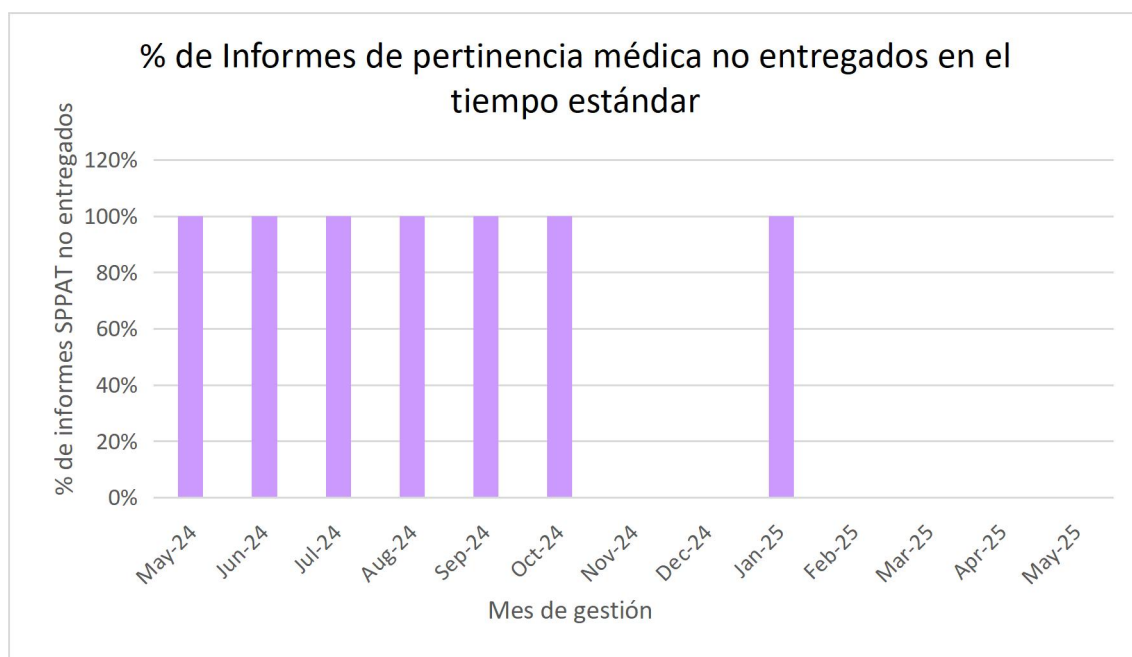
<b>Abril 2025</b>	<b>Marzo 2025</b> Diciembre 2024	SI	2	1	100%	0%
<b>Mayo 2025</b>	Abril 2025 Junio 2024	SI	2	1	100%	0%

En la Figura 9, se encuentra el seguimiento mensual del número de informes de pertinencia médica “entregados” del SPPAT para el período del mes de mayo 2024 a mayo 2025.



**Figura 9.** Número de informes médicos de pertinencia médica entregados (mayo 2024- mayo 2025)

En la Figura 10, se muestra el porcentaje de informes de pertinencia médica no entregados en tiempo estándar para el período del mes de mayo 2024 a mayo 2025.







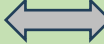
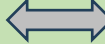






**Figura 10.** Porcentaje de informes de pertinencias médicas del SPPAT no entregados en el tiempo estándar (mayo 2024 - mayo 2025)

En la Tabla 9 se muestra la tramitación de pertinencias médicas rezagadas y de informes rezagados para el período del mes de mayo de 2024 a mayo del 2025. Se observa en las

columnas 8 y 9 de la tabla, el efecto de las acciones de contención aplicadas en el valor acumulado del número de pertinencias médicas rezagadas y del número de informes médicos rezagados; se evidencia una disminución progresiva de los valores acumulad

**Tabla 9.** Tramitación de pertinencias médicas e informes rezagados (mayo 2024 – mayo 2025)

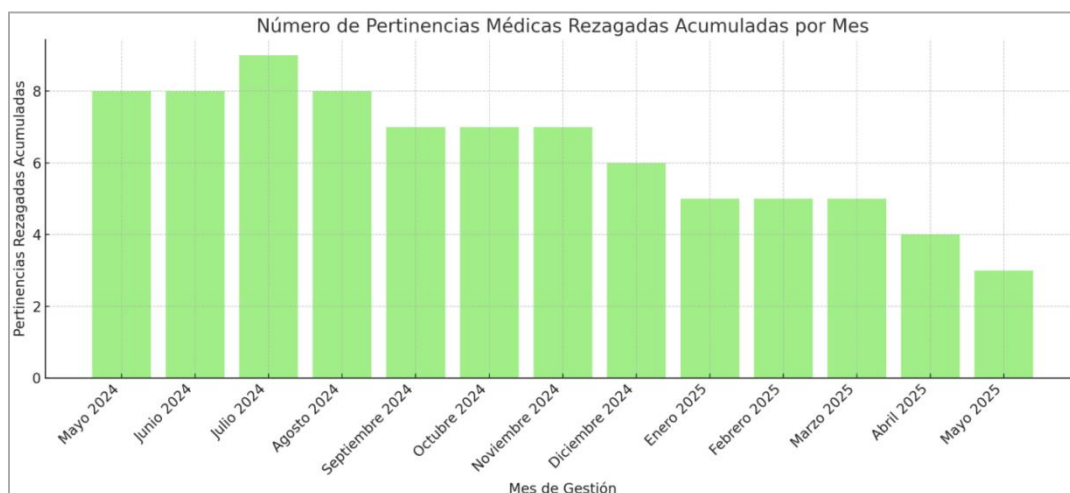
Mes de gestión	Pertinencias médicas rezagadas tramitadas del mes de:	Informes médicos rezagados tramitados del mes de:	Numero de pertinencias médicas realizadas rezagadas	Numero de informes médicos realizados rezagados	Número de pertinencias médicas rezagadas acumuladas	Número de informes médicos rezagados acumulados	Efecto sobre el acumulado en pertinencia médicas rezagadas	% de informes médicos rezagados considerando el valor acumulado
Mayo 2024	Ninguno	Ninguno	0	0	8	11	↔	↔
Junio 2024	Ninguno	Ninguna	0	0	8	11	↔	↔
Julio 2024	Ninguna	Julio 2023 Agosto 2023	0	2	9	10	↑	↓
Agosto 2024	Octubre 2023	Octubre 2023	2	2	8	9	↓	↓
	Noviembre 2023	Noviembre 2023					↓	↓
Septiembre 2024	Enero 2024	Enero 2024	2	2	7	8	↓	↓
	Diciembre 2023	Diciembre 2023						
Octubre 2024		Septiembre 2023	1	2	7	7	↔	↓
	Febrero 2024	Febrero 2024						
Noviembre 2024	Ninguno	Ninguno	0	0	7	7	↔	↔

Diciembre 2024	Marzo 2024	Marzo 2024	1	1	6	6		
Enero 2025	Abril 2024	Abril 2024	2	2	5	5		
Febrero 2025	Ninguno	Ninguno	0	0	5	5		
Marzo 2025	Ninguno	Ninguno	0	0	5	5		
Abril 2025	Diciembre 2024	Diciembre 2024	1	1	4	4		
Mayo 2025	Junio 2024	Junio 2024	1	1	3	3		

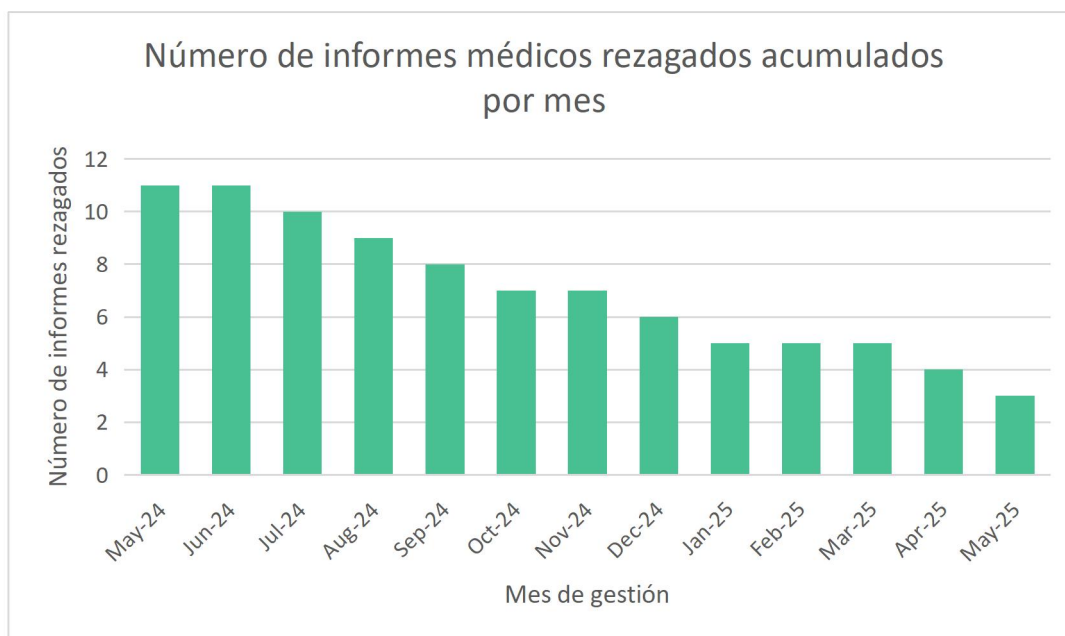
**Nota de nomenclatura en Tabla:** En la columna 8 y 9, los signos de flechas presentados significan: flecha de color rojo es un aumento del valor del mes de gestión comparado con el mes anterior, flecha de color verde es una disminución del valor del mes de gestión comparado con el mes anterior y la flecha bidireccional indica que se mantiene el valor del mes de gestión comparado con el mes anterior.

**Tabla 9.** (Continuación)

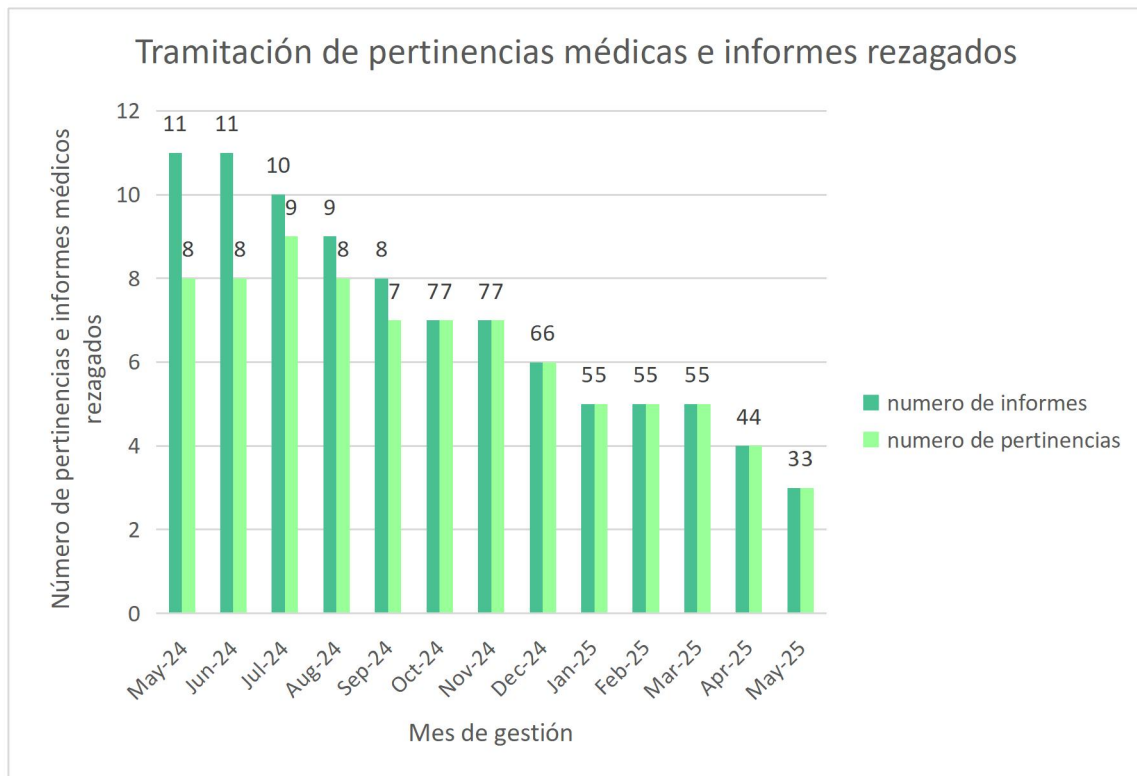
En la Figura 11 se muestra el número de pertinencias médicas rezagadas acumuladas del periodo del mes de mayo de 2024 a mayo de 2025. En la Figura 12, se muestra el número de informes médicos rezagados acumulados del periodo del mes de mayo de 2024 a mayo de 2025 iniciando con 11 informes rezagados en mayo y junio de 2024, y reduciéndose hasta alcanzar 3 informes acumulados rezagados en mayo de 2025.



**Figura 11.** Número de pertinencia médicas rezagadas acumuladas por mes (mayo 2024- mayo 2025)



**Figura 12.** Número de informes médicos rezagados acumulados por mes (mayo 2024 – mayo 2025)



**Figura 13.** Tramitación de pertinencias médicas e informes rezagados (mayo 2024 – mayo 2025)

## 2.7 Paso D7- Estandarización

Como parte del proyecto, los estándares que se generaron para la mejora de la gestión fueron los siguientes:

- Método calificador de pacientes.
- Roles y responsabilidades del personal de auditoría médica.
- Automatización de una base de datos de la matriz SPPAT.
- Archivo consolidado de listado de pacientes.
- Frecuencia de revisión de la información de pacientes.

## 2.8 Paso 8D - Reconocimiento individual y de equipo

Como cierre del proceso de mejora, se reconoció y agradeció el compromiso del equipo de mejora multidisciplinario del Hospital General Ambato que participó en el proyecto de manera interna, por el impacto positivo alcanzado en la gestión de la auditoría médica.

### 3 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LAS ACCIONES DE MEJORA

A continuación, se presenta un análisis de los resultados obtenidos del proyecto de mejora en la entrega de informes de pertinencia médica fuera de tiempo estándar del servicio de pago de accidentes de tránsito en el Hospital General Ambato.

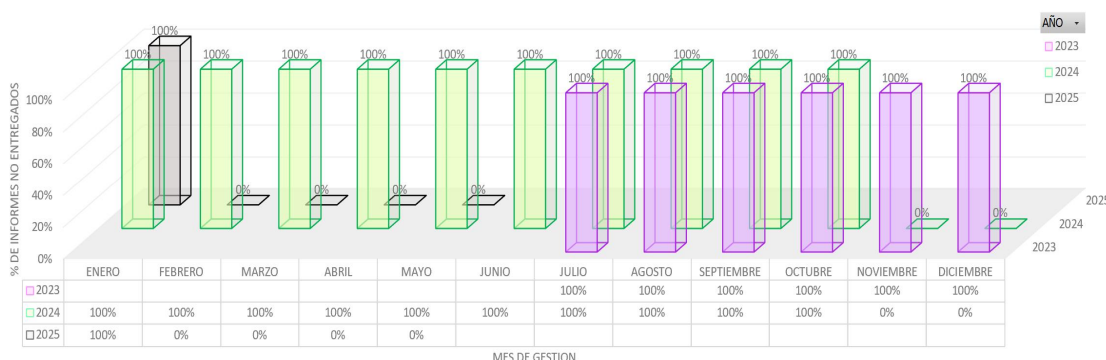
#### 3.1 Informes de pertinencia médica no entregados en tiempo estándar

En la Tabla 10 y Figura 14, se muestra el porcentaje de informes de pertinencia médica no entregados en tiempo estándar desde el mes de julio 2023 hasta abril 2024 (ciclo previo al proyecto) y de mayo 2024 a mayo 2025 (ciclo del proyecto); se aprecia que el nivel de porcentaje de informes no entregados disminuyó al finalizar el proyecto (0%).

**Tabla 10.** Porcentaje de informes de pertinencia médica no entregados en tiempo estándar (julio 2023 - mayo 2025)

Mes	Número de informes entregados	% de informes no entregados en el tiempo estándar
<b>Julio 2023</b>	0	100%
<b>Agosto 2023</b>	0	100%
<b>Septiembre 2023</b>	0	100%
<b>Octubre 2023</b>	0	100%
<b>Noviembre 2023</b>	0	100%
<b>Diciembre 2023</b>	0	100%
<b>Enero 2024</b>	0	100%
<b>Febrero 2024</b>	0	100%
<b>Marzo 2024</b>	0	100%
<b>Abril 2024</b>	0	100%
<b>Mayo 2024</b>	0	100%
<b>Junio 2024</b>	0	100%
<b>Julio 2024</b>	2	100%
<b>Agosto 2024</b>	2	100%
<b>Septiembre 2024</b>	2	100%
<b>Octubre 2024</b>	2	100%
<b>Noviembre 2024</b>	1	0%
<b>Diciembre 2024</b>	2	0%
<b>Enero 2025</b>	2	100%
<b>Febrero 2025</b>	1	0%
<b>Marzo 2025</b>	1	0%
<b>Abril 2025</b>	2	0%
<b>Mayo 2025</b>	2	0%

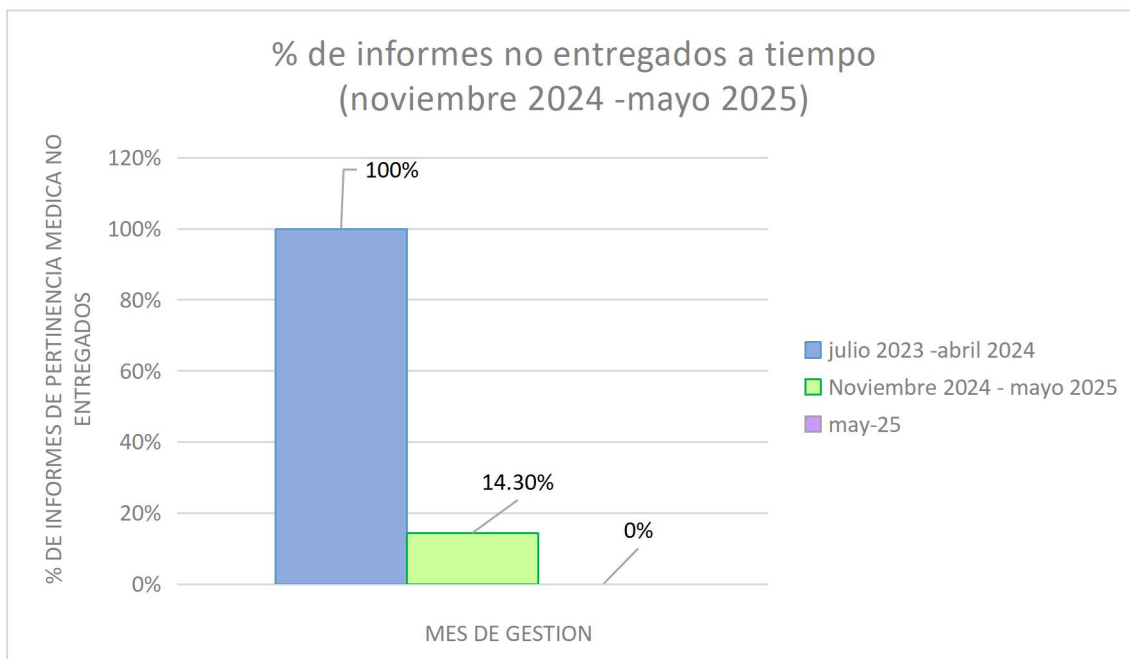
PORCENTAJE DE INFORMES DE PERTINENCIAS MEDICAS NO ENTREGADOS EN EL TIEMPO  
ESTANDAR  
(JULIO 2023 MAYO 2025)



**Figura 14.** Porcentaje de informes de pertinencias médicas no entregados en el tiempo estándar (julio 2023 a mayo 2025)

En la Figura 15, se encuentra el porcentaje promedio de informes no entregados a tiempo del período julio 2023 a abril 2024, el del período noviembre 2024 (mes donde se observa el efecto de las acciones de mejora) a mayo 2025 (mes de corte del proyecto) y el del mes de mayo 2025. Con estos valores, la disminución del porcentaje de informes no entregados a tiempo fue:

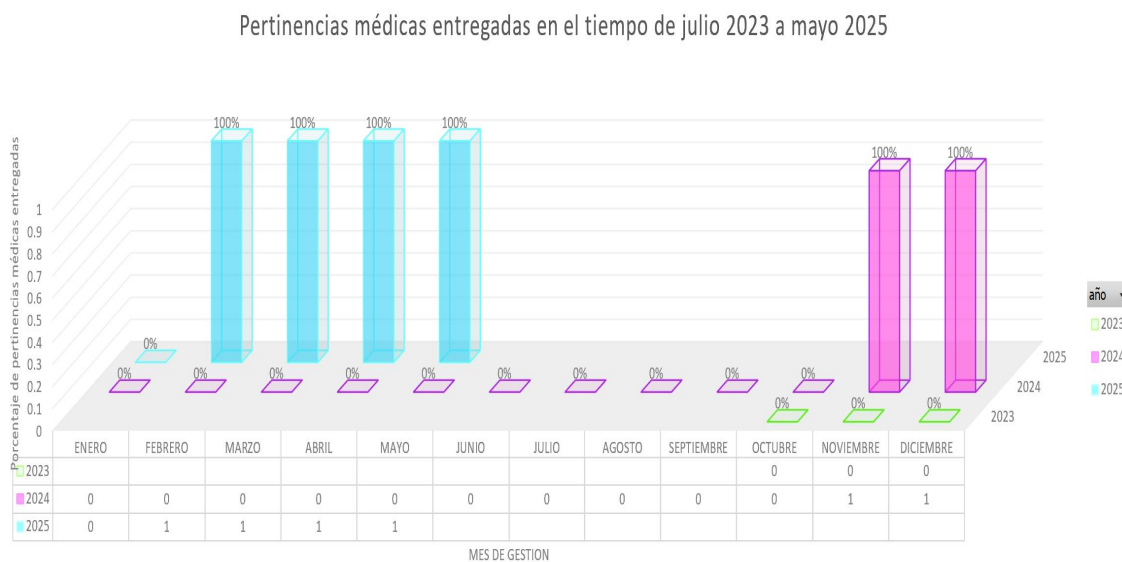
- De un valor de 100% (promedio del período julio 2023 a abril 2024) bajó al 14.3% (promedio del período noviembre 2024 a mayo 2025).
- De un valor de 100 % (promedio del período julio 2023 a abril 2024) bajó al 0% (mes de mayo 2025).



**Figura 15.** Porcentaje de informes no entregados en tiempo estándar (promedio julio 2023 - abril 2024, promedio noviembre 2024 - mayo 2025 y mayo 2025)

### 3.2 Pertinencias médicas realizadas (entregadas)

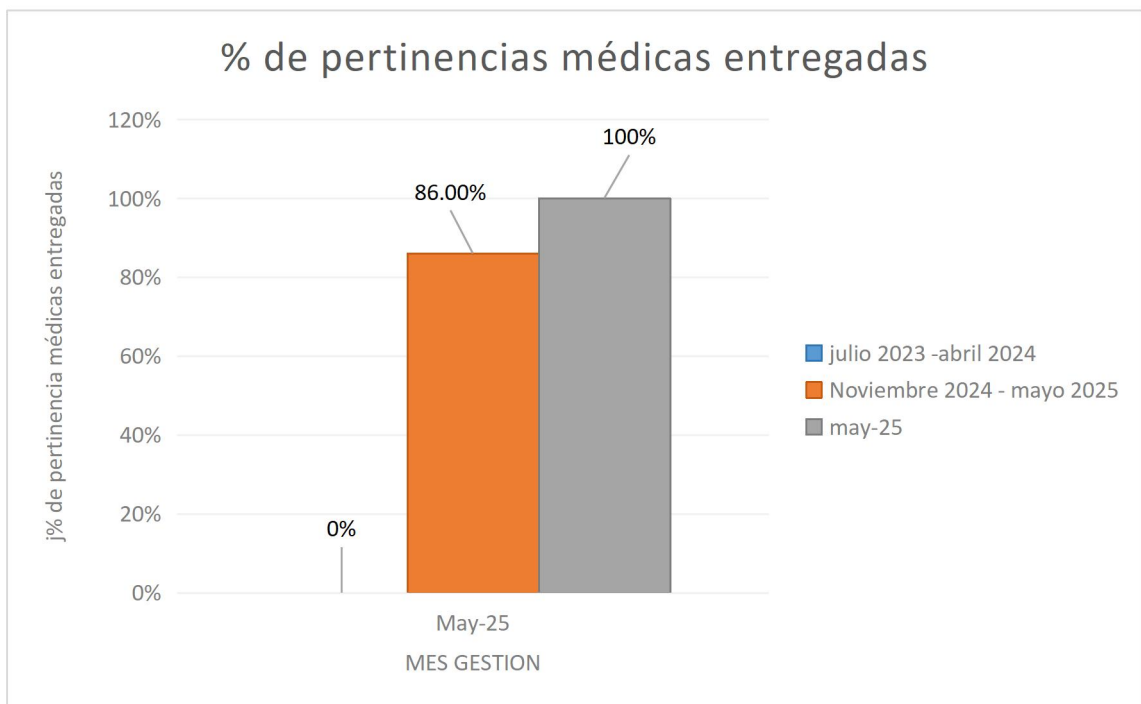
En la Figura 16, se muestra el porcentaje de pertinencias médicas “entregadas” desde el mes de julio 2023 hasta mayo 2025.



**Figura 16.** Porcentaje de pertinencias médicas “entregadas” (julio 2023 a mayo 2025)

En la Figura 17, se encuentra el porcentaje de pertinencias médicas “entregadas” del período julio 2023 a abril 2024, el del período noviembre 2024 (mes donde se observa el efecto de las acciones de mejora) a mayo 2025 (mes de corte del proyecto) y el del mes de mayo 2025. Con estos valores, el aumento del porcentaje de pertinencias médicas “entregadas” fue:

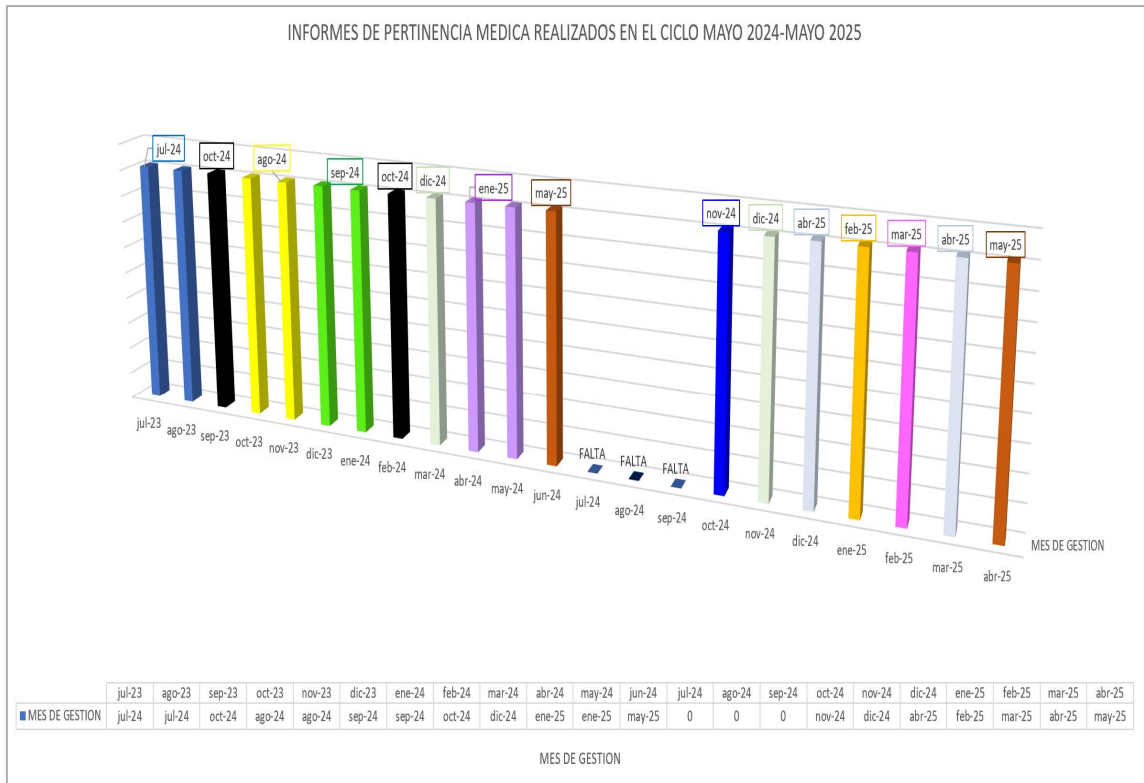
- De un valor del 0% (valor promedio del período julio 2023 a abril 2024) subió al 86% (valor promedio del período noviembre 2024 a mayo 2025).
- De un valor del 0% (valor promedio del período julio 2023 a abril 2024) subió al 100% (mes de mayo 2025).



**Figura 17.** Porcentaje de pertinencias médicas “entregadas” (promedio julio 2023 - abril 2024, promedio noviembre 2024 - mayo 2025 y mayo 2025)

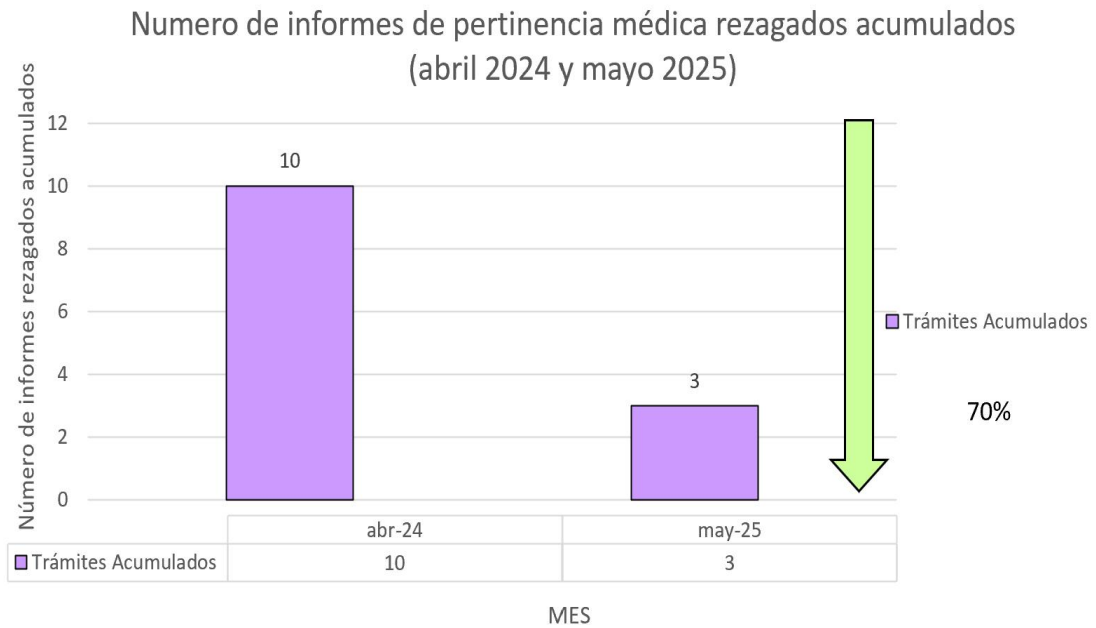
### 3.3 Pertinencias médicas rezagadas e informes de pertinencia médica rezagados

En la Figura 18 se presenta el número de informes rezagados en el mes que fueron tramitados dentro el período julio 2024 a mayo 2025.



**Figura 18.** Número de informes “rezagados” tramitados entre julio 2023 a mayo 2025

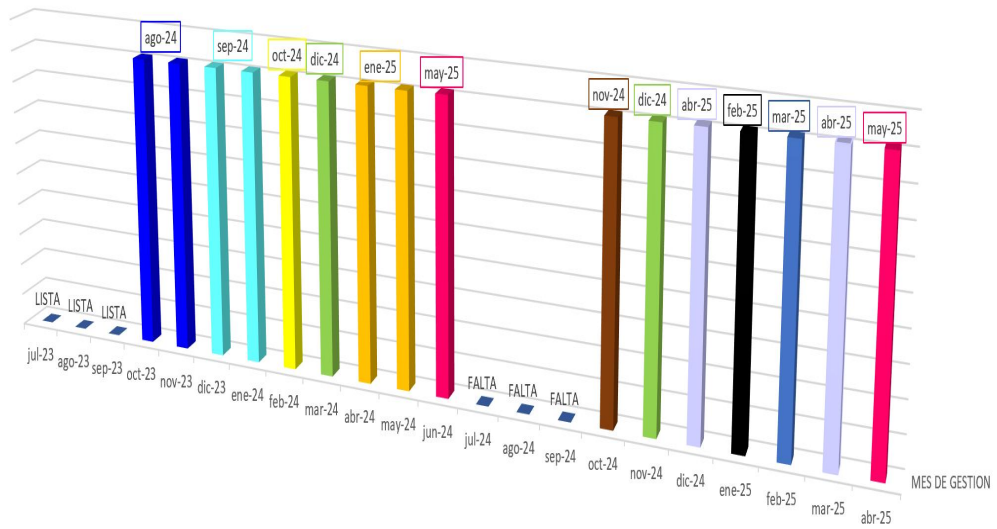
En la Figura 19, se encuentra el número de informes rezagados acumulados al mes de abril 2024 (inicio de proyecto) y al mes de mayo 2025 (corte final del proyecto), donde se observa un porcentaje de disminución del 70%, comparando estos dos meses.



**Figura 19.** Informes de pertinencia médica “rezagados” acumulados (abril 2024 y mayo 2025)

En la Figura 20 se muestra el número de pertinencias médicas rezagadas desde el mes de julio 2023 hasta el mes de mayo 2025.

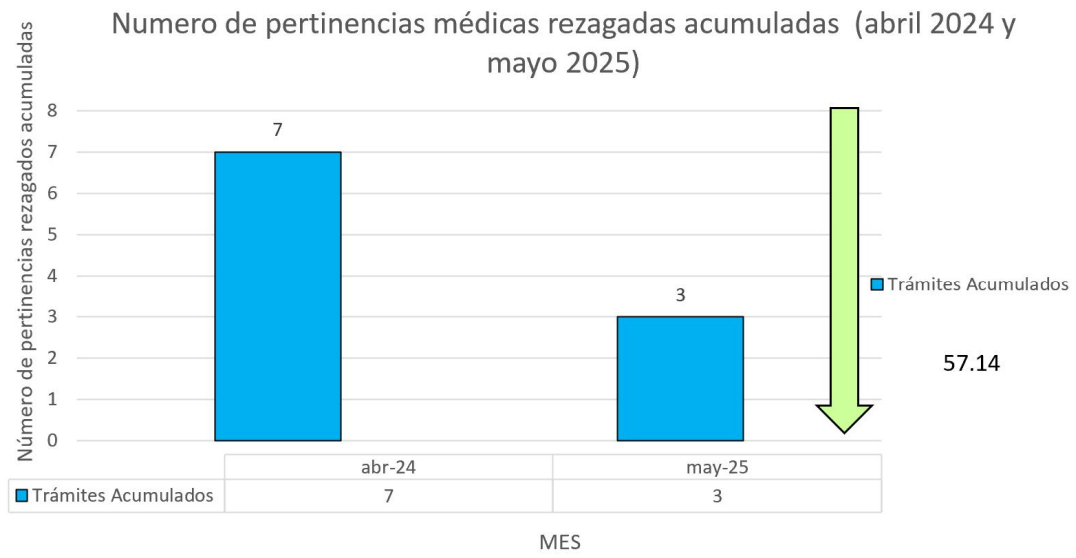
PERTINENCIA MEDICA REALIZADOS EN EL CICLO MAYO 2024-MAYO 2025



MES DE GESTION	jul-23	ago-23	sep-23	oct-23	nov-23	dic-23	ene-24	feb-24	mar-24	abr-24	may-24	jun-24	jul-24	ago-24	sep-24	oct-24	nov-24	dic-24	ene-25	feb-25	mar-25	abr-25	may-25
	ene-00	ene-00	ene-00	ago-24	ago-24	sep-24	sep-24	oct-24	dic-24	ene-25	ene-25	may-25	0	0	0	nov-24	dic-24	abr-25	feb-25	mar-25	abr-25	may-25	

**Figura 20.** Número de pertinencia médicas rezagadas (julio 2023 a mayo 2025)

En la Figura 21, se encuentra el número de pertinencias médicas “rezagadas” acumuladas al mes de abril 2024 (inicio de proyecto: 7) y al mes de mayo 2025 (corte final del proyecto: 3), donde se observa un porcentaje de disminución del 57.1%, comparando estos dos meses.



**Figura 21.** Pertinencias médicas “rezagadas” acumuladas (abril 2024 y mayo 2025)

## 4 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 4.1 Conclusiones

- El proceso de “Auditoria Médica” del Hospital General Ambato a través del método 8D mejoró el número de informes de pertinencia médica entregados fuera del tiempo estándar del Servicio de Pago de Accidentes de Tránsito comparando los valores de período previo al proyecto (junio 2023 a abril 2024) con los valores obtenidos en mayo 2025:
  - De un valor de 100% (promedio del período julio 2023 a abril 2024) bajó al 14.3% (promedio del período noviembre 2024 a mayo 2025).
  - De un valor de 100 % (promedio del período julio 2023 a abril 2024) bajó al 0% (mes de mayo 2025).
- En la definición de la situación actual en el proceso de “Auditoria Médica” se evidenciaron los siguientes niveles de desempeño durante el periodo julio 2023 a abril 2024:
  - El 100 % de los informes de pertinencia médica de cada mes fueron entregados fuera del tiempo estándar.
  - Se presentó el 0% de entrega de informes de pertinencia médica en cada mes.
  - 10 informes de pertinencias médicas rezagados acumulados al mes de abril 2024.
  - 7 pertinencias médicas rezagadas acumuladas al mes de abril 2024.
- Para mejorar el proceso de “Auditoria Médica” se definieron y aplicaron acciones de mejora basadas en el método 8D, acorde a los siguientes pasos:
  - Paso 1D - Formación de equipos: Donde se estableció el equipo de mejora.

- Paso 2D - Definición y descripción del problema: Donde se definió y parametrizó el problema enfocado al porcentaje de informes de pertinencia médica que no se entregaron en el tiempo estándar.
  - Paso 3D - Acciones de Contención Provisional: Donde se definió con el equipo de mejora la acción de contención de “redistribución temporal de funciones del personal de auditoría médica para igualar los trámites rezagados”.
  - Paso 4D - Análisis de Causa y Efecto: Donde con el equipo de mejora donde se determinaron 5 causas raíz del problema.
  - Paso 5D - Acciones Correctivas: Donde se determinaron 5 acciones de mejora considerando las causas raíz identificadas.
  - Paso 6D - Verificación de acciones correctivas: Donde se realizó un seguimiento a la implementación de las 5 acciones de mejora planteadas, llegando a una implementación del 100% en tres de ellas y al 70% y 80% en las otras dos.
  - Paso D7- Estandarización: Donde se establecieron estándares para la mejora de la gestión con un método calificador de pacientes, roles y responsabilidades del personal de auditoría médica, automatización de una base de datos de la matriz SPPAT, archivo consolidado de listado de pacientes y una frecuencia de revisión de la información de pacientes.
  - Paso 8D - Reconocimiento individual y de equipo: Donde se reconoció y agradeció el compromiso del equipo de mejora del Hospital General Ambato que participó en el proyecto.
- Al evaluar los resultados de la aplicación de las acciones en el proceso de “Auditoría Médica” se obtuvieron mejoras del proyecto comparando los valores del período previo al proyecto (julio 2023 a abril 2024) con los valores del período de aplicación del proyecto (mayo 2024 a mayo 2025):
    - En el porcentaje de pertinencias médicas “entregadas”: De un valor del 0% (valor promedio del período julio 2023 a abril 2024) subió al 86% (valor promedio del período noviembre 2024 a mayo 2025).
    - El número de informes de pertinencias médicas rezagados acumulados al mes de abril 2024 (inicio de proyecto: 10) se redujo un 70.0 %, considerando el valor del mes de mayo 2025 (corte final del proyecto: 3).

- El número de pertinencias médicas “rezagadas” acumuladas al mes de abril 2024 (inicio de proyecto: 7) se redujo un 57.1 %, considerando el valor del mes de mayo 2025 (corte final del proyecto: 3).
- Al aplicar el método 8D para mejorar el proceso de “Auditoría Médica” en el Hospital General Ambato, los factores clave para el éxito del proyecto fueron: la colaboración activa del equipo, la clara definición y parametrización del problema, la redefinición de funciones dentro del proceso y el seguimiento a la implementación de acciones de mejora.

## **4.2 Recomendaciones**

- Se recomienda al Hospital General Ambato terminar con la implementación completa de las dos acciones de mejora que se encontraban al 70% y al 80% en el mes de corte de este proyecto.
- Se recomienda que la institución de salud objeto de estudio continúe con la aplicación de la metodología de las 8D dentro del proceso de “Auditoría Médica” enfocando a otras problemáticas y extienda su uso a otros procesos del hospital.
- Se recomienda que la institución de salud objeto de estudio mantenga los estándares implementados dentro del presente proyecto.
- Se recomienda que en el siguiente ciclo de mejora para el proceso de “Auditoría Médica” se aborde la problemática relacionada con el retraso de las “objeciones internas”, ya que presentan una oportunidad de mejora.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alvarado, S., & Roca, J. (2025). Aplicación de la Metodología 8D para la mejora del control de calidad en el restaurante Rustiko Brasas del distrito de Puente Piedra. *CTS CAFE*, 9(26), 131-219.
- Barsalou, M., Grabowska, M., & Perkin, R. (2023). Inquiry into the Effectiveness of Eight Discipline-Based Problem-Solving. *Quality Innovation Prosperity*, 27(2), 61-76. <https://doi.org/10.12776/QIP.V27I2.1839>
- Bigurra, C., Lozada, E., Areu, O., Aguilar, O., Anaya, G., Juárez, A., & Villafuerte, R. (2024). Avanzando juntos: construyendo el futuro con ingeniería sustentable, arquitectura innovadora y sistemas organizacionales eficaces. *Semestral Pädi*, 12(3), i-iii. <https://doi.org/10.29057/icbi.v12iEspecial3.14168>
- Croft, D. (2025). *La evolución de la resolución de problemas 8D: de lo básico a la excelencia*. [https://www.learnleansigma.com/8d-problem-solving/the-evolution-of-8d-problem-solving-from-basics-to-excellence/#google\\_vignette](https://www.learnleansigma.com/8d-problem-solving/the-evolution-of-8d-problem-solving-from-basics-to-excellence/#google_vignette)
- Dirección del Seguro General Individual y Familiar. (2014). *Manual Para La Evaluación De La Pertinencia Médica Por Las Atenciones Médicas Brindadas Por Los Prestadores De Salud Del IESS*. Quito: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.
- DispatchTrack. (27 de septiembre de 2021). *Metodología 8D: Ejemplo, ventajas y desventajas de las 8 disciplinas*. <https://www.beetrack.com/es/blog/metodologia-8d-ejemplo-ventajas-y-desventajas>
- Izagirre, J., & Párraga, M. (2017). Aplicación de las metodologías 8D y AMFE para reducir fallos en una fábrica de refrigeradoras. *Industrial Data*, 20(2), 61-70. <http://dx.doi.org/10.15381/idata.v20i2.13954>
- Lestyánszka, K., Fidlerová, H., Niciejewska, M., & Idzikowski, A. (2023). Quality Improvement of the Forging Process Using Pareto Analysis and 8D Methodology in Automotive Manufacturing: A Case Study. *Standards*, 2023(3), 84–94. <https://doi.org/10.3390/standards3010008>
- Mendoza, A. (2020). *Implementación de la Metodología 8D's para la Reducción de Notificaciones de Calidad*. [Tesis de maestría] Centro de Enseñanza Técnica y Superior, CETYS Universidad. <https://repositorio.cetys.mx/bitstream/60000/1171/1/Alonso.Mendoza.pdf>

- Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud y Asociación Centro de Gestión Hospitalaria. (2007). *Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud*. Quito: Gobierno de la República del Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública. (2017). *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*. Quito: Edición Especial N° 20 - Registro Oficial. Acuerdo N° 0091 - 2017.
- Ministerio de Salud Pública. (2021). *Reglamento para el Manejo de la Historia Clínica Unica*. Quito: No. 00115-2021.
- Ministerio de Salud Pública. (17 de Mayo de 2023). *Reglamento de Relacionamiento para la Prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la Red Pública Integral de Salud-Rpis, de La Red Privada Complementaria-RCP y el Servicio Público para pago de Accidentes de Tránsito-SPPAT*. Quito, Ecuador: Acuerdo N° 00140 - 2023. [https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2023-07/AM\\_00140%20%E2%80%932023\\_Reglamento\\_Relacionamiento\\_para\\_Prestaci%C3%B3n\\_Servicios\\_Salud\\_entre\\_Instituciones\\_Red\\_P%C3%ABlica\\_Integral\\_Salud\\_entre\\_instituciones\\_RPIS.pdf](https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2023-07/AM_00140%20%E2%80%932023_Reglamento_Relacionamiento_para_Prestaci%C3%B3n_Servicios_Salud_entre_Instituciones_Red_P%C3%ABlica_Integral_Salud_entre_instituciones_RPIS.pdf)
- Rosas, S., Higareda, T., & Arana, J. (2025). Diseño y desarrollo de una estación de trabajo como resultado de la implementación de la metodología 8D en una empresa MAKER. *XIKUA*, 13(25), 47-55. <https://doi.org/10.29057/xikua.v13i25.13884>
- Rusman, K., & Hetharia, D. (2025). Quality improvement through 8D methodology: an automotive industry case study. *Operations Excellence: Journal of Applied*, 17(1), 1-11. <https://doi.org/10.22219/oe.2025.v>
- Servicio Público para pago de Accidentes de Tránsito. (2016). *Normas para el Sistema Público para Pago de Accidentes de Tránsito*. Quito: Resolución de Directorio Nro.001-D-SPPAT-2016.

## **ANEXOS**

### **Anexo A. Marco Conceptual**

#### **A.1. Red pública integral de salud (RPIS)**

##### **A.1.1. Concepto de Red Pública Integral de Salud (RPIS)**

La Red Pública Integral de Salud es parte del Sistema Nacional de Salud que está conformada por el conjunto articulado de establecimientos, de la seguridad social, y con otros proveedores que pertenecen al estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad, que brindan atención integral en todos los niveles, de manera oportuna y con calidad a los ecuatorianos (Ministerio de Salud Pública, 2023).

Las características de la atención de salud se comprenden en dos dimensiones; la primera reconoce a la salud con un carácter multidimensional, tanto individual como colectivo, mediante el resultado de factores económicos, sociales, culturales y ambientales; la segunda se refiere a la provisión de servicios integrales donde se abarca la promoción de salud, la prevención de enfermedades, la recuperación de costos, la rehabilitación, los cuidados paliativos y la atención domiciliaria. (Ministerio de Salud Pública, 2023).

##### **A.1.2. Beneficiarios que conforman la Red Pública Integral de Salud**

Los beneficiarios que forman parte de la red pública integral de salud son todos los usuarios de los servicios de salud sin importar su pertinencia o no a un régimen de aseguramiento en salud público o privado (Ministerio de Salud Pública, 2023).

En la Tabla A.1, se presentan los beneficiarios del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

**Tabla A.1.** Beneficiarios del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

Afiliados al Seguro General Obligatorio.
Afiliados al Seguro Social Campesino y sus dependientes acreditados; o Hijos de afiliados, hasta los 18 años de edad.
Jubilados.
Beneficiarios de Montepío por orfandad, hasta los 18 años.
Beneficiarios de Montepío por viudez que aporten para la cobertura de salud.
La jefa de hogar con cargo a la contribución obligatoria del Estado.
<b>Fuente:</b> (Ministerio de Salud Pública, 2023)

En la Tabla A.2 se encuentran los beneficiarios del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas.

**Tabla A.2.** Beneficiarios del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas

Militar en servicio activo.
Militar en servicio pasivo que cumple con todos los requisitos legales y es calificado como pensionista.
Aspirantes a oficiales y tropa y los conscriptos en las condiciones establecidas en la Ley.
Ex combatientes de pensionista de la Campaña de 1941 y sus viudas.
Familiares dependientes y los derechos habientes, calificados como tales, de conformidad con la Ley.
Cónyuge o persona que mantiene con la militar unión de hecho, legalmente registrada
Hijos menores de edad del militar.
Pensionistas de montepío.
<b>Fuente:</b> (Ministerio de Salud Pública, 2023)

En la Tabla A.3, se indican los beneficiarios del Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional.

**Tabla A.3.** Beneficiarios del Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional

Asegurado en servicio activo.
Asegurado en servicio pasivo calificado como pensionista.
Aspirantes a oficial y a policía; siniestrados en actos del servicio.
Cónyuge o persona que mantiene unión de hecho con el asegurado, registrada legalmente
Hijos menores de edad del asegurado.
Beneficiarios de montepío.
Hijos mayores de edad del asegurado, incapacidad total y permanente, que no dispongan de renta propia.

**Fuente:** (Ministerio de Salud Pública, 2023)

En la Tabla A.4, se muestra los beneficiarios que forman parte del Ministerio de salud pública:

**Tabla A.4.** Beneficiarios del Ministerio de Salud Pública

Hijas de afiliados a la Seguridad Social del IESS, del ISSFA o del ISSPOL para la contingencia de maternidad.
Personas que han sufrido un accidente de tránsito (cuya atención de salud supere la cantidad de cobertura otorgado en el Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito-SPPAT), que no cuentan con cobertura que financian servicios de atención de salud prepagada, de seguros que oferten cobertura, de seguros de asistencia médica y que no tengan cobertura de la seguridad social.
Población que no cuente con afiliación registrada o derecho en el Seguro General Obligatorio del IESS, Seguro Social Campesino, Seguridad Social de las Fuerzas Armadas o Seguridad Social de la Policía Nacional
Extranjeros que no han obtenido residencia temporal o definitiva

(Ministerio de Salud Pública, 2023)

En la Tabla A.5, se muestra los beneficiarios que acceden de las prestaciones de pago de accidentes de tránsito.

**Tabla A.5.** Beneficiarios de las Prestaciones de Pago de Accidentes de Tránsito

Todas las personas que han sufrido un accidente de tránsito en el territorio nacional
Todas las personas que han sufrido un accidente de tránsito en vehículo en movimiento
Todas las personas que han sufrido un accidente de tránsito en vehículo con motor
Todas las personas que han sufrido un accidente de tránsito en vía pública

Fuente: (Servicio Público para pago de Accidentes de Tránsito, 2016)

Si el monto del accidente del tránsito supera el valor de los 3000 dólares los financiadores y aseguradores del SPPAT como el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de Seguridad de las Fuerzas Armadas (ISSFA), Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL) o el Ministerio de Salud Pública (MSP), son los responsables de cubrir las prestaciones de servicios de salud.

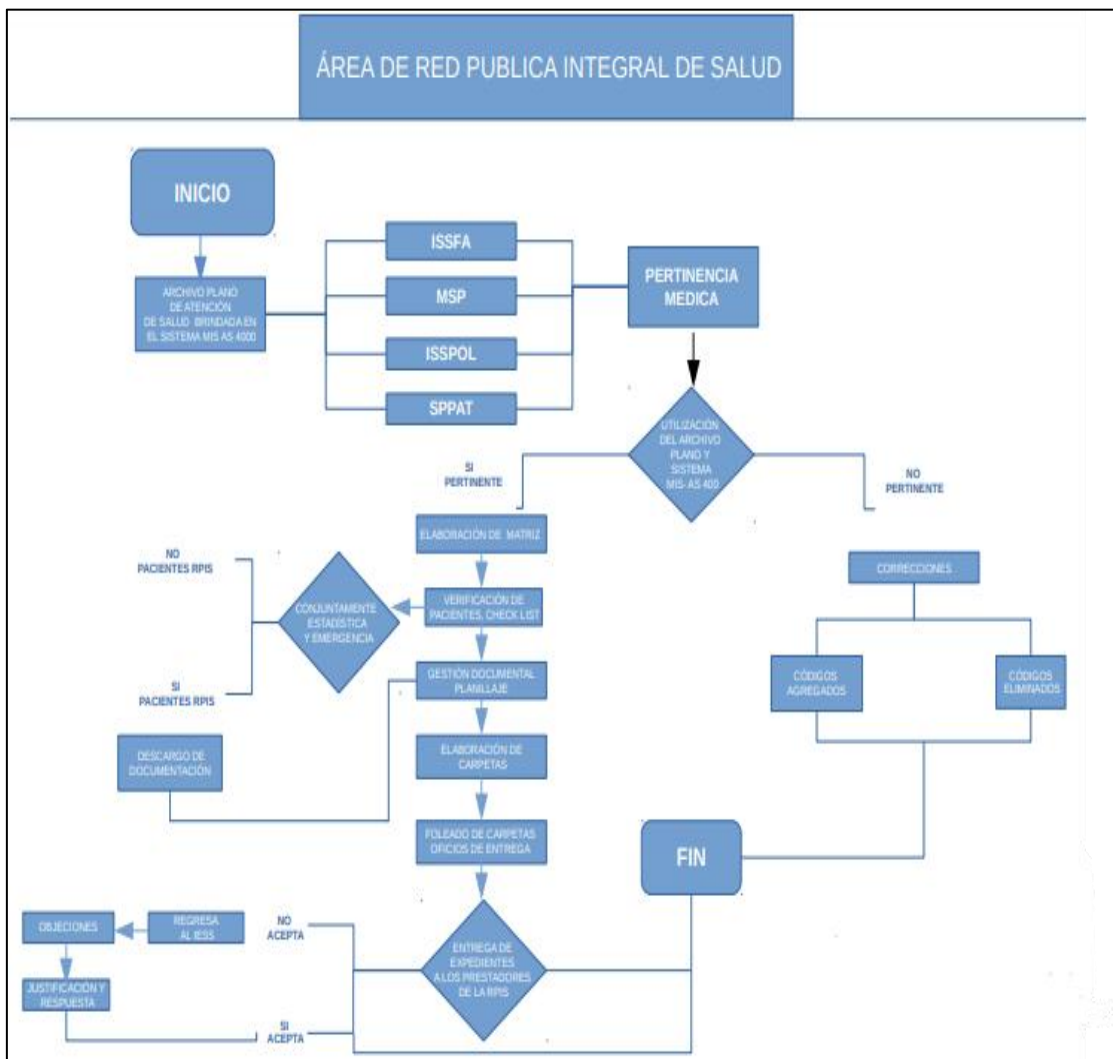
### **A.1.3. Flujograma de la Red pública Integral de Salud (RPIS)**

En la Figura 22 en el flujograma de la RPIS, se detallan los pasos necesarios para garantizar la calidad en la recuperación de costos y pagos de la atención médica, misma que inicia con la descarga del archivo plano generado por el sistema MIS-AS 400,

donde forma parte pacientes de los diferentes prestadores ISSFA, MSP, ISSPOL y SPPAT, para la realización de la pertinencia médica, implicando la eliminación o adición de códigos.

Si la atención médica es pertinente, se elaboran matrices identificando a los pacientes que pertenecen a la red pública, lo que determina el tipo de documentación a descargar o coordinar con el área de estadística y de emergencia para posteriormente elaborar carpetas con los expedientes de los pacientes que forman parte de los diferentes prestadores de la RPIS.

Finalmente, el trámite es aceptado o devuelto en forma de objeciones, requiriendo una justificación y respuesta por parte de la institución de salud para su aprobación definitiva (Ministerio de Salud Pública, 2023).



**Figura A.1.** Flujograma de la Red Pública Integral de Salud

**Fuente:** (Ministerio de Salud Pública, 2023).

#### **A.1.4. Red Privada Complementaria (RPC)**

##### *A.1.4.1. Concepto de la red privada complementaria (RPC)*

La red privada complementaria esta integrada por prestadores de servicios de salud privados con o sin fines de lucro que cuenten o no con convenios de la RPIS, con el propósito de brindar atención médica a los pacientes enviados desde los diferentes establecimientos que integran la Red Pública Integral de Salud RPIS, a través de instituciones o entidades que prestan sus servicios de manera privada. (Ministerio de Salud Pública, 2023)

#### **A.1.5. Derivación**

La Derivación es el procedimiento por el cual los establecimientos de salud envían a los pacientes de cualquier nivel de atención a un prestador externo, sea público o privado del mismo o mayor nivel de atención o complejidad según lo que menciona el (Ministerio de Salud Pública, 2023), este proceso se realiza cuando los establecimientos de salud no cuentan con la capacidad para brindar la atención requerida de prestación de salud en su propio establecimiento.

##### *A.1.5.1. Código de validación*

Es el registro alfanumérico, emitido de forma física o electrónica por el financiador o asegurador, que habilita a un establecimiento de la Red Privada Complementaria, para brindar una prestación o servicio de salud a su beneficiario, si el código es generado por un miembro de la RPIS es válido para la derivación de un paciente a la RPC, aunque el paciente pertenezca a un subsistema distinto al que emite el código, según el Art. 17 del acuerdo 0091 emitido por el (Ministerio de Salud Pública, 2017).

##### *A.1.5.2. Responsabilidad y validación*

Según el Art. 13 de la norma técnica emitido por el Ministerio de Salud Pública (2017), la responsabilidad de la validación de los formularios y documentos que se utilicen para

la derivación deben ser llenados por el médico especialista, con letra clara, legible, sin utilización de abreviaturas o contracciones y con su firma y sello.

#### *A.1.5.3. Autorización para derivaciones de pacientes*

Las derivaciones se autorizan cuando se presentan las siguientes situaciones:

- No disponibilidad de espacio físico.
- Falta de equipamiento específico o en mal estado.
- Accesibilidad geográfica.
- Problemas/ daños de infraestructura.
- Problema de abastecimiento específico y falta de personal específico, en los establecimientos de salud de la red de su pertenencia.

#### *A.1.5.4. Activación de la Red*

La activación de la red para la derivación de pacientes se llevará a cabo conforme a lo establecido en los lineamientos operativos del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) y la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y se efectuará mediante el sistema de derivación, el Servicio Integrado de Seguridad ECU 911, con la participación de todos los subsistemas, según lo descrito en el Art. 15, de la norma técnica emitido por el (Ministerio de Salud Pública, 2017).

#### *A.1.5.5. Derivación por Emergencia*

Son todos los pacientes que por su condición de salud podrán recibir atención a través del servicio de emergencia, mediante derivación, atención prehospitalaria o auto derivación, los establecimientos de salud que no cuenten con la capacidad resolutive procederán a estabilizar al paciente y derivarlo a otro establecimiento, mediante el Formulario 053-Referencia, derivación, contra referencia y referencia inversa (Ministerio de Salud Pública, 2017).

Los prestadores de servicios de salud públicos y privados, en cualquier circunstancia, brindarán atención inmediata a los pacientes, sin exigir ningún documento, requisito o trámite administrativo previo (Ministerio de Salud Pública, 2017).

### **A.1.6 Autoderivación**

La autoderivación es cuando el paciente decide ir directamente a un establecimiento de salud, sin necesidad de ser referido por una institución de salud pública y se reconocerá el pago de las atenciones brindadas en el servicio de emergencia, en consulta externa, sean o no emergentes (Ministerio de Salud Pública, 2023).

La autoderivación por emergencia son los casos de emergencia en las que se encuentra en riesgo la vida del usuario; según el listado de prioridades I y II del sistema de Triage Manchester (MTS), el prestador público de la seguridad social, de la red pública complementaria con o sin convenio con la (RPIS) tiene obligación de brindar la atención integral del usuario (Ministerio de Salud Pública, 2023).

### **A.1.7. Sistema de Triage Manchester**

El triage es un sistema usado para clasificar la gravedad de los pacientes determinando la prioridad de atención, el Triage Manchester MTS® modificado, ha sido adoptado en los establecimientos de la Red Pública Integral de Salud (RPIS), clasificando a los pacientes en los siguientes niveles de prioridad:

- **Prioridad I:** Son pacientes con alteración súbita o crítica del estado de salud, en riesgo inminente de muerte y que requiere atención inmediata en la unidad de choque y reanimación.
- **Prioridad II:** Son pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias, cuya atención debe realizarse en un tiempo de espera no mayor de 10 minutos desde su ingreso (Ministerio de Salud Pública, 2023).

### **A.1.8. Auditoria en la Salud**

#### *A.1.8.1. Definición de Auditoria en salud*

La auditoría en salud comprende el conjunto de acciones aplicadas al proceso y resultado multidisciplinario de salud, orientada a diseñar, implementar y evaluar la calidad de la atención médica y sus impactos, abordada por un equipo de auditores quienes determinan los correctivos necesarios, respecto a la norma establecida. (Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud y Asociación Centro de Gestión Hospitalaria, 2007)

#### *A.1.8.2. Auditoria en la Institución de Salud*

La auditoría en la Institución de Salud es el responsable de los procesos de análisis de la gestión de calidad conjuntamente con su equipo, cumpliendo con la normativa legal vigente y con los estándares de calidad, eficacia y eficiencia. (Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud y Asociación Centro de Gestión Hospitalaria, 2007)

#### *A.1.8.3. Funciones de la auditoria en Instituciones de Salud*

Las funciones de la auditoria es evaluar continuamente el desarrollo de las actividades de los profesionales dentro del establecimiento de salud, con el fin de garantizar la calidad y la correcta ejecución de los procesos, implementando procesos de mejora continua en las distintas especialidades médicas de la institución, promoviendo la excelencia en la atención brindada. (Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud y Asociación Centro de Gestión Hospitalaria, 2007)

#### *A.1.8.4. Importancia de la Auditoria en la Institución de Salud*

La auditoría en la institución de salud es importante porque garantiza la calidad y eficiencia de los servicios de salud, verificando la precisión de diagnósticos y tratamientos, asegurando que los pacientes reciban la atención adecuada mediante la evaluación de la correcta prescripción, administración y control de medicamentos, en los pacientes de la Red Pública Integral de Salud (RPIS). (Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud y Asociación Centro de Gestión Hospitalaria, 2007)

### **A.1.9. Auditoria de la calidad de la facturación de los servicios de salud (ACFSS)**

Representa un proceso técnico que tiene por objeto, analizar la información documental adjunta en los trámites y expedientes, a través de la verificación sistemática de la pertinencia documental, técnica médica y de tarifas, remitidas por los prestadores de salud (Ministerio de Salud Pública, 2023).

#### *A.1.9.1. Proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud*

Según el Art. 67 del Reglamento de Relacionamiento para la Prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la Red Pública Integral de Salud-Rpis, de La Red Privada Complementaria-RCP y el Servicio Público para pago de Accidentes de Tránsito-SPPAT del Ministerio de Salud (2023), indica que el proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud permite habilitar el pago de las prestaciones de salud, a través de la verificación y evaluación sistemática de la pertinencia documental, técnica médica y de tarifas generadas por los prestadores de salud validando el pago total o parcial por las prestaciones de salud entregadas a los pacientes.

#### *A.1.9.2 Fases de la auditoria*

Las fases de la auditoria de la calidad de la facturación de los servicios de salud - ACFSS, son los siguientes:

- A. Control documental
- B. Control técnico médico
- C. Control de tarifas y liquidación

**A.1. Control Documental:** Es el proceso de control documental destinado a la recepción y revisión de los documentos presentados por el prestador.

**A.1.1. Recepción Documental:** Es realizado por parte del personal administrativo o financiero de las instituciones financiadoras/ aseguradoras de la red pública integral de salud, receptando la documentación que consta en el artículo 73 literales a y b, que menciona sobre la organización de documentos; oficio de solicitud de pago y planilla consolidada, mismas que son enviadas por el prestador entre las instituciones de la Red Pública Integral de Salud (RPIS).

**A.1.2. Revisión Documental:** En esta fase se comprueba y evalúa que en cada expediente se hayan incluido los documentos específicos, por cada tipo de servicio (hospitalización, emergencia, ambulatorio) y que la información registrada en los documentos habilitantes de cada expediente se encuentre incorporada de manera apropiada.

**B.1. Control Técnico Médico:** El control técnico médico es el proceso que determina la realización de la pertinencia médica, donde el profesional médico debe evaluar la relación y pertinencia de los procedimientos aplicados en el paciente, mediante la utilización de las guías, sistemas informáticos, protocolos nacionales y medicina basada en evidencia

**B.1.1. Revisión de Pertinencia Técnica Médica:** La revisión de pertinencia médica es realizado por el profesional médico quien verifica la siguiente información:

- La existencia de informe de revisión documental
- La existencia de registros clínicos y detalle en forma completa el estado del paciente
- La correlación entre los estudios pedidos y realizados al paciente con diagnósticos presuntivos y diferenciales
- La correlación de tratamientos clínicos o quirúrgicos aplicados al paciente con la patología
- La correlación de dispositivos médicos utilizados con los procedimientos realizados
- La correlación de los medicamentos prescritos y utilizados en el diagnóstico y procedimientos
- Uso de medicamentos que consten en el cuadro nacional de medicamentos básico (CNMB).

- Correlación entre los días de estancia hospitalaria y el diagnóstico

**B.1.2. Responsable de la realización de pertinencia médica:** El responsable de la realización de la pertinencia médica es el médico auditor, su función es evaluar la calidad, eficiencia, razonabilidad y efectividad de los servicios médicos prestados, cumpliendo las normativas legales vigentes y guías clínicas. (Dirección del Seguro General Individual y Familiar, 2014).

Las funciones principales del auditor médico son las siguientes:

- Tener autorización y libre acceso al manejo de Historias Clínicas de los pacientes de los diferentes prestadores de la RPIS.
- Conocimiento de las normativas legales vigentes y acuerdos interinstitucionales.
- Verificar el buen funcionamiento del proceso de la auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud (ACFSS).
- Realización de cronograma de trabajo sobre las diferentes funciones del área. (Dirección del Seguro General Individual y Familiar, 2014).

**B.1.3. Instrumentos utilizados para la realización de la pertinencia médica:** Los instrumentos que se utilizan para la realización de la pertinencia médica son:

**B.1.3.1. Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud:** Es el instrumento técnico que regula el reconocimiento económico de la prestación de servicios de salud, tanto institucionales, como profesionales, proporcionados por las instituciones de salud públicas y privadas en el marco de la red pública integral y complementaria del Sistema Nacional de Salud, permitiendo establecer el monto de pago por cada uno de los procedimientos utilizados para la atención de la salud (Ministerio de Salud Pública, 2014).

- **Función del tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud:**

La función principal del tarifario es servir como una herramienta que regula los costos de los servicios que se prestan en salud, asegurando que las transacciones entre

diferentes instituciones públicas como entre las instituciones públicas y privadas se realicen dentro de límites establecidos (Ministerio de Salud Pública, 2014).

El tarifario indica el precio máximo que la institución de salud está dispuesta a pagar por el servicio brindado de salud, establece un límite superior de los costos que las instituciones de salud sean clínicas u hospitales pueden cobrar por los servicios prestados, para evitar precios excesivos y garantizando un control en el sistema (Ministerio de Salud Pública, 2014).

- **Ámbito de Aplicación del tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud.**

El tarifario es de aplicación obligatoria en todo el territorio nacional para todas las instituciones financiadoras y prestadoras de servicios del Sistema Nacional de Salud con y sin fines de lucro y es de aplicación obligatoria en el servicio de accidentes de Tránsito (SPPAT) (Ministerio de Salud Pública, 2014)

**B.1.3.2. Historia Clínica Única:** La historia clínica única es un documento confidencial, técnico y legal, conformado por formularios que registran las atenciones, diagnósticos, tratamientos, evolución y resultados relacionados con la salud y enfermedad del paciente, se debe elaborar en idioma castellano y presentarse en formato físico, digital o electrónico (Ministerio de Salud Pública, 2021).

En los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud, la historia clínica se identifica con el número de cédula, pasaporte o carnet de refugiado de acuerdo lo manifestado en el acuerdo Ministerial Nro. 4934-Uso de un solo dígito de Historia Clínica, mencionado en el Reglamento para el Manejo de la Historia Clínica Única expedido por el (Ministerio de Salud Pública, 2021)

### **Formas de presentación de la Historia clínica Única**

- **Historia clínica Física:** Es un documento en formato físico que contiene información confidencial y real del paciente, generado por el personal de salud con

los datos obtenidos de las atenciones de los pacientes conjuntamente con el diagnóstico y tratamiento.

- **Historia clínica electrónica:** Es una plataforma de operatividad en salud con una infraestructura tecnológica que permite tener conectividad con los diferentes sistemas de información del conjunto de instituciones de salud pública y privada, para un intercambiando de información clínica.

**Formularios de la Historia Clínica Única:** Los formularios de la historia clínica son utilizados en las instituciones de Salud del estado, instituciones de derecho público, semipúblico y autónomas y en las instituciones privadas, evidenciándose la atención de los usuarios, a los formularios de la historia clínica única mostrado en los anexos del Reglamento para el Manejo de la Historia Clínica Única expedido por él (Ministerio de Salud Pública, 2021) . En la Tabla A.6 se detallan los formularios utilizados en la historia clínica.

**Tabla A.6.** Formularios de la Historia Clínica

SNS-MSP/HCU form.001/2020		AMISION ALTA EGRESO
SNS-MSP/HCU 002/2020	form.	CONSULTA EXTERNA-ANAMNESIS-EXAMEN FISICO
SNS-MSP/HCU 003/2020	form.	ANAMNESIS-EXAMEN FISICO-HOSPITALIZACION
SNS-MSP/HCU 005/2020	form.	EVOLUCION Y PRESCRIPCIONES
SNS-MSP/HCU 006/2020	form.	EPICRISIS
SNS-MSP/HCU 007/2020	form.	INTERCONSULTA
SNS-MSP/HCU 008/2020	form.	EMERGENCIA
SNS-MSP/HCU 010A/2020	form.	LABORATORIO CLINICO SOLICITUD
SNS-MSP/HCU 010B/2020	form.	LABORATORIO CLINICO INFORME
SNS-MSP/HCU A-B/2020	form. 012	IMAGENOLOGIA SOLICITUD
SNS-MSP/HCU 012B/2020	form.	IMAGENOLOGIA INFORME
SNS-MSP/HCU 013A/2020	form.	ANATOMIA PATOLOGICA SOLICITUD

SNS-MSP/HCU 013B/2020	form.	ANATOMIA PATOLOGICA INFORME
MSP/HCU form. 017/2020		PREANESTESICO
MSP/HCU form. 018/2020		PROTOCOLO QUIRURGICO
SNS-MSP/HCU 018A/2020	form.	TRANSANESTESICO
MSP/HCU form. 019/2020		POS-ANESTESICO
SNS-MSP/HCU 020/2020	form.	CONSTANTES VITALES
SNS-MSP/HCU 022/2020	form.	ADMISIONES DE MEDICAMENTOS
SNS-MSP/HCU 120/2020	form.	INTERVENCION DE ENFERMERIA
SNS-MSP/HCU 024/2020	form.	CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Tabla A.6.** (Continuación)

SNS-MSP/HCU 053/2020	form.	<b>REFERENCIA, DERIVACION, CONTRAREFERENCIA, Y REFERENCIA INVERSA</b>
SNS-MSP/HCU 118/2020	form.	SOLICITUD DE SANGRE
SNS-MSP/HCU 122/2020	form.	TRANSFUSION SANGUINEA
SNS-MSP/HCU 119/2020	form.	TRANSPORTE SECUNDARIO
SNS-MSP/HCU 114/2020	form.	UCI NEONARTAL
SNS-MSP/HCU 115/2020	form.	UCI PEDIATRICO
SNS-MSP/HCU 116/2020	form.	UCI ADULTO
SNS-MSP/HCU 121/2020	form.	PSICOLOGIA CLINICA

**Fuente:** (Ministerio de Salud Pública, 2021)

### **Formulario (008) de Emergencia**

El Formulario 008 de Emergencia es un documento médico legal que se utiliza para documentar de manera formal la atención médica recibida por un paciente en situaciones de urgencia, esto incluye la descripción de los síntomas, diagnóstico inicial, tratamiento aplicado, y el seguimiento o derivación necesaria, dentro del contexto de una emergencia médica (Ministerio de Salud Pública, 2021).

En la Tabla A.7 se presenta la estructura del formulario 008, el cual es fundamental para el seguimiento del paciente como para la continuidad de su tratamiento, además, sirve como base para la gestión interna del hospital, el control de calidad y el seguimiento clínico, se utiliza como base para el proceso de facturación de los servicios de emergencia, en pacientes asegurados con cobertura IESS o de otros prestadores (ISSPOL, ISSFA, SPPAT, MSP).

**Tabla A.7.** Estructura del Formulario de Emergencia (008)

<b>FORMULARIO (008) EMERGENICA</b>	
<b>INSTITUCIÓN Y UNIDAD OPERATIVA</b>	
<b>CÓDIGO Y LOCALIZACIÓN</b>	
<b>NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA</b>	
<b>1</b>	<b>REGISTRO DE ADMISIÓN</b>
	REGISTRAR LOS DATOS COMPLETOS DE IDENTIFICACIÓN Y DIRECCIÓN DEL USUARIO, FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO, PAÍS DE NACIONALIDAD Y GRUPO CULTURAL (SI AMERITA) REGISTRAR LA FECHA DE ADMISION Y LOS DATOS LABORALES REGISTRAR EL NOMBRE DE UN FAMILIAR O AMIGO PARA EL CASO DE QUE SEA NECESARIO LA PRESENCIA URGENTE, MARCAR “X” EN LA FORMA DE LLEGADA DOSCRIBIR LA FUENTE DE INFORMACIÓN, INSTITUCIÓN O PERSONA QUE ENTREGA AL PACIENTE Y NÚMERO TELEFÓNICO RESPECTIVO
<b>2</b>	<b>INICIO DE ATENCIÓN Y MOTIVO</b>
	REGISTRAR LA HORA Y MARCAR “X” EN LA CAUSA QUE OCASIONA LA LLEGADA A EMERGENCIA MARCAR “X” SI SE HA NOTIFICADO LA EMERGENCIA A LA POLICIA Y SI EXISTE OTRO MOTIVO DE CONSULTA (ESPECIFICAR) REGISTRAR EL GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR Rh, SI ESTÁ DISPONIBLE
<b>3</b>	<b>ENFERMEDAD ACTUAL Y REVISIÓN DE SISTEMAS</b>
	MARCAR “X” EN LAS OPCIONES SEÑALADAS Y REGISTRAR EL RESULTADO DEL INTERROGATORIO SOBRE CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, FRECUENCIA Y FACTORES AGRAVANTES

DEL PROBLEMA		
4	ACCIDENTE, VIOLENCIA, INTOXICACIÓN, ENVENENAMIENTO Y QUEMADURA	REGISTRAR LA FECHA, EL LUGAR (HOGAR, VIA PÚBLICA, FABRICA) Y DIRECCIÓN DONDE OCURRIÓ EL EVENTO MARCAR "X" SI EL PACIENTE ACUDE CON CUSTODIA POLICIAL MARCAR "X" SEGÚN EL TIPO DE EMERGENCIA Y ESCRIBIR LAS OBSERVACIONES MARCAR "X" SI EL PACIENTE TIENE ALIENTO ETÍLICO REGISTRAR EL VALOR ALCOCHECK, SI ESTÁ DISPONIBLE
5	ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES	MARCAR "X" EN LOS ANTECEDENTES PERSONALES O FAMILIARES SEÑALADOS Y DESCRIBIR LOS DETALLES RESUMIDOS DEL ANTECEDENTE."

**Tabla A.7. (Continuación)**

REVERSO: EMERGENCIA (2)		
6	SIGNOS VITALES,	<p><b>SIGNOS VITALES Y MEDICIONES</b></p> <p>REGISTRAR LOS DATOS RECOPIADOS DE PRESIÓN ARTERIAL, FRECUENCIA CARDIACA, FRECUENCIA RESPIRATORIA, TEMPERATURA, PESO, TALLA, REGISTRAR LOS VALORES CALCULADOS DE LA ESCALA DE GLASGOW</p> <p><b>VALORES</b></p> <p>REGISTRAR LOS VALORES REACCIÓN PUPILAR DERECHA E IZQUIERDA, TIEMPO DE LLENADO CAPILAR Y SATURACIÓN DE OXÍGENO (SI SE DISPONE)</p>
7	EXAMEN FÍSICO	MARCAR "SP" SI SE ENCUENTRA SIN PATOLOGIA, MARCAR "CP" SI SE ENCUENTRA CON PATOLOGIA REGISTRAR ABAJO EL NÚMERO Y LOS HALLAZGOS PATOLOGICOS
8	LOCALIZACION DE LESIONES	ESCRIBIR EN EL DIAGRAMA EL NÚMERO DE LA LESION CORRESPONDIENTE A LA REGION AFECTADA REGISTRAR INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL DIAGRAMA, TOPOGRAFICO, SI ES NECESARIA UNA ACLARACIÓN
9	EMERGENCIA OBSTÉTRICA	REGISTRAR LAS CARACTERÍSTICAS DE LA EMERGENCIA OBSTÉTRICA REALIZAR OBSERVACIONES ADICIONALES, SI AMERITA
10	SOLICITUD DE EXÁMENES	MARCAR "X" EN LAS CELDAS DE LOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS NECESARIOS ANOTAR UNA DESCRIPCION EN LA PARTE INFERIOR DEL BLOQUE.
11	DIAGNÓSTICOS DE INGRESO	REGISTRAR EL NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO DE INGRESO SI ES PRESUNTIVO O DEFINITIVO ESCRIBIR LA CODIFICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SEGÚN LA

		CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES “CIE”
12	DIAGNÓSTICOS DE ALTA	REGISTRAR EL NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO DE INGRESO SI ES PRESUNTIVO O DEFINITIVO ESCRIBIR LA CODIFICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SEGÚN LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES “CIE”
		DESCRIBIR LAS INDICACIONES GENERALES PARA EL INICIO DEL TRATAMIENTO O LOS PROCEDIMIENTOS NECESARIOS
13	PLAN DE TRATAMIENTO	REGISTRAR EL NOMBRE GENÉRICO DEL PRINCIPIO ACTIVO CON LA CONCENTRACIÓN Y PRESENTACIÓN RESPECIVA REGISTRAR LA POSOLOGÍA Y OTRAS INDICACIONES CORRESPONDIENTES.

**Tabla A.7. (Continuación)**

14	ALTA	MARCAR “X” O SEGÚN LA OPCION CORRESPONDIENTE. REGISTRAR DATOS DEL DESTINO DEL PACIENTE Y SU CONDICIÓN AL SALIR, INDICANDO TAMBIÉN LA CAUSA DE SU ALTA O SALIDA (EJEMPLO: “TRATAMIENTO TERMINADO, ABANDONO VOLUNTARIO CON O SIN AUTORIZACIÓN MEDICA, ETC.)		
<b>FECHA</b>	<b>HORA</b>	<b>NOMBRE DEL PROFESIONAL</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NUMERO DE HOJA</b>

**Fuente:** (Ministerio de Salud Pública, 2021)

**Tabla A.8. Documentación de Servicios Prehospitalarios**

Formulario único de Reclamación (FUR) debe estar completamente lleno con todos los datos del paciente y validado con las firmas de responsabilidad autorizadas y sellos.
Oficio de solicitud de pago que. identifique el mes y el servicio al que corresponden la factura y las planillas; se enviará un oficio por cada mes
Planilla consolidada de cargos
Planilla individual detallada en físico y digital con los valores originados y registrados diariamente por la atención de salud prestada al usuario.
Permiso de funcionamiento para ofertar servicio de atención Prehospitalaria
Copia del Anexo Atención Prehospitalaria debidamente diligenciado, como garantía de La atención recibida, así como la calidad y gratuidad de la misma.
Factura consolidada, una por cada servicio y mes; sujetándose a la normativa" legal vigente. (Tarifario de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, Norma del Proceso de Relacionamiento para. la Atención de Pacientes y Reconocimiento Económico por prestación de servicios de salud entre instituciones de la Red Pública Integral de Salud y la Red Privada Complementaria

**Fuente:** (Servicio Público para pago de Accidentes de Tránsito, 2016)

### B.1.3.3. Archivo Plano

El archivo plano es una matriz de almacenamiento de información médica mensual que lleva un control detallado de las diferentes atenciones brindadas a los pacientes de la red pública de salud, facilitando una gestión administrativa y médica

#### **B.1.3.3.1. Estructura del Archivo Plano**

La estructura del archivo se presenta como una matriz, en la que se registra mensualmente la atención médica de los pacientes, con la siguiente información:

- **Número de cédula del asegurado:** Identificación única del paciente.
- **Nombre del asegurado:** Información personal del paciente, nombres y apellidos
- **Género del asegurado:** Se detalla si es masculino o femenino
- **Edad del asegurado:** Se debe colocar la edad actual del paciente
- **Fecha de atención:** Registro de las fechas en las que se prestaron los servicios médicos.
- **Tipo de seguro:** Puede incluir categorías como seguro voluntario (SV), seguro obligatorio (SG), MSP (ZA), ISSPOL(XA), ISSFA (YA), SPPAT, SPPAT/XA, SPPAT/YA, SPPAT/ZA.
- **Dependencia de atención:** Indica si el paciente fue atendido en hospitalización (atención médica que requiere internación), emergencia, (atención brindada por situaciones de urgencia o emergencia médica) y ambulatorio, (atención médica en consulta externa y curaciones sin necesidad de hospitalización).
- **Diagnóstico:** Es la descripción del diagnóstico inicial y final del paciente mediante código CIE10.
- **Servicios brindados:** Especifica los nombres de los procedimientos, tratamientos o servicios como: exámenes de laboratorio, exámenes de imagen, procedimientos quirúrgicos, servicios de ambulancia con su respectivo código.
- **Cantidad:** Hace referencia a la cantidad utilizada de los servicios brindados al paciente
- **Valor:** Es el precio de los servicios brindados por unidad
- **Total:** Es el valor final para el pago.

## **Función del Archivo Plano**

El Archivo Plano cumple funciones fundamentales dentro de la gestión hospitalaria, ya que permite el seguimiento detallado de todas las atenciones brindadas mismas que se encuentran clasificadas según el tipo de seguro y atención brindada (hospitalización, emergencia, ambulatorio) durante el mes, verificando que los servicios prestados sean pertinentes con los procedimientos, asegurando la correcta facturación y cobro. El archivo plano se recibe a mes caído, durante los primeros cinco días del siguiente mes, ya que la información es descargada directamente del Sistema MIS AS 400.

### **B.1.3.4. Sistema MIS AS -400**

El sistema MIS AS- 400, es una plataforma informática avanzada, que combina hardware, software y bases de datos, forma parte de la infraestructura tecnológica del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social para gestionar de manera eficiente los procesos administrativos, clínicos y operacionales de cada institución de salud.

Como se muestra en la Figura A.2, el sistema de información médica permite un control integral de la atención desde el ingreso hasta el egreso del paciente, incluyendo el registro de la historia clínica completa durante toda la estancia del paciente en la institución de salud, permite la programación de citas para consultas médicas, ingresos por hospitalización y atenciones en el área de emergencia, de esta manera, el personal médico como el personal administrativo pueden acceder de forma ágil y eficiente a la información relevante, para el adecuado desarrollo de los procesos médicos y administrativos.

### **Figura A.2. Sistema MIS AS 400**



**Fuente:** Plataforma MIS AS 400 del hospital general Ambato

### **B.1.2. Informe de control técnico médico**

Es realizado por el profesional responsable del control técnico médico, mediante la elaboración de un informe en el que se detalla las principales observaciones encontradas al realizar la pertinencia médica y suscrito con firma de responsabilidad.

### **C.1. Control de tarifas y liquidación**

Es el proceso técnico, administrativo y financiero, en el que el profesional administrativo financiero, verifica que el valor económico de las prestaciones de los servicios de salud solicitadas por el prestador se encuentre dentro de lo estipulado en el tarifario de prestaciones vigente.

#### **Revisión de tarifas y prestaciones:**

El profesional administrativo o financiero deber realizar el siguiente procedimiento, de acuerdo al Reglamento de Relacionamiento para la Prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la Red Pública Integral de Salud-Rpis, de La Red Privada Complementaria-RCP y el Servicio Público para pago de Accidentes de Tránsito-SPPAT del Ministerio de Salud Pública (2023):

- Se verifica el informe original de gestión documental y control técnico médico en el que conste nombre, cargo y firma del responsable de la atención brindada, según como indica el artículo 72 que menciona, que para el proceso de la auditoria de la calidad de la facturación de los servicios de salud se reconocerá las firmas manuscritas y electrónicas certificadas, permitiendo identificar e individualizar el titular de dichas credenciales.
  - En caso de presentar documentos físicos con firmas manuscritas se deben incluir los nombres completos y número de cédula con el sello que haya entregado la institución de salud
  - En caso de que los prestadores utilicen firmas electrónicas, realicen reportes, llenen formularios que formen parte de la historia clínica y sean de aplicativos informáticos, serán responsables de sus credenciales y en este caso no se requerirá de firmas manuscritas o sellos
- Comparar los valores registrados para cada prestación de servicios de salud por el prestador de servicio con los valores definidos en el tarifario de prestaciones para el sistema nacional de salud (TPSN), como techo máximo de pago.

### **Liquidación:**

Es el resultado del proceso de la auditoria de la calidad de facturación de los servicios de salud, se procede a realizar la liquidación, misma que incluye el detalle de los valores aprobados y objetados con el desglose de las objeciones por cada expediente, en caso de existir y se elaborará un informe de liquidación emitido por el prestador

El informe de liquidación que emita el SPPAT, ISSPOL, ISSFA, MSP, IEISS, cuando realice el proceso de la auditoria de a la calidad de facturación de los servicios de salud y exista financiamiento y coberturas compartidas será el documento habilitante para el pago, por parte de la institución que realizó el proceso de ACFSS y de la institución que debe pagar el excedente no cubierto por el SPPAT.

### **Organización documental el pago:**

El profesional administrativo o financiero que realiza el proceso de liquidación y control de tarifas revisará la organización y existencia de la documentación que se envía como soporte de los pagos, para lo cual debe remitir los siguientes documentos:

Según el artículo 11 del (Ministerio de Salud Pública, 2023) , los documentos que se deben remitir de forma física o digital para el proceso del pago entre los subsistemas de la RPIS son:

- Original del memorando de solicitud de pago
- Original de factura enviada por el prestador de servicios de salud
- Original del oficio presentado por el prestador
- Original de planilla consolidada
- Original del informe de liquidación.

### **Observaciones, Objeciones y Débitos:**

Como resultado del proceso de la ACFSS, pueden existir observaciones, objeciones, débitos totales o parciales que son puestos en conocimiento de los prestadores de servicio de salud con el fin de sean completamente subsanados

**Observación:** Es el comentario técnico que hace referencia a un error en forma que no afecta el proceso de revisión y de pago, conlleva acciones administrativas de mejora continua

**Objeción:** Representa el argumento técnico, realizado en el proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud que genera el no pago temporal que puede o no ser solventada por el prestador de servicios de salud

#### **A.1.10. Verificación del responsable del Pago**

Según lo que establece el “Manual de Ejecución del Proceso de Relacionamiento entre las Instituciones de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria para la Atención de Pacientes y Reconocimiento Económico de los Servicios de Salud”, (Ministerio de Salud Pública, 2023) los prestadores de servicios de salud públicos de la red pública complementaria con o sin convenios de la red pública integral de salud (RPIS), en todos los casos brindan atención inmediata a los

usuarios/pacientes una vez identificado al responsable del pago de la atención del paciente, sea Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), Instituto de Seguridad Social de Policía Nacional (ISSPOL), Servicio de pago de Accidentes de Tránsito (SPPAT).

#### *A.1.10.1. Finalidades del Servicio Público para el Pago de Accidentes de Tránsito (SPPAT)*

El servicio público para el pago de accidentes de tránsito ampara a cualquier persona, sea conductor, pasajero o peatón, que sufra lesiones corporales, funcionales u orgánicas, o que fallezca o quedara discapacitado a causa o como consecuencia de un accidente de tránsito, con motivo de la circulación del vehículo a motor por la vía pública, por lo que el directorio del Servicio Público para el Pago de Accidentes de Tránsito (SPPAT) expedirá normas técnicas con respecto al monto de la tasa al ser cancelada por los propietarios de vehículos al momento de la matriculación (Servicio Público para pago de Accidentes de Tránsito, 2016).

Garantiza que todas las víctimas de accidentes de tránsito tengan acceso a atención médica, rehabilitación y compensaciones económicas, independientemente de su capacidad de pago o condición social (Servicio Público para pago de Accidentes de Tránsito, 2016).

#### *A.1.10.2. Servicios Médicos*

El prestador de servicios de salud debe presentar al (Servicio Público para pago de Accidentes de Tránsito (2016) la documentación detallada en la Tabla A.9, dentro de los diez primeros días laborables del siguiente mes de realizadas las atenciones.

**Tabla A.9.** Documentación de Servicios Médicos

---

Formulario único de Reclamación (FUR) debe estar completamente lleno con todos los datos del paciente y validado con las firmas de responsabilidad autorizadas y sellos.

---

Oficio de solicitud de pago, factura y las planillas es enviada por la máxima autoridad de la institución de salud, donde se identifica el mes y el servicio al que corresponden (hospitalización, emergencia, ambulatorio).

---

Planilla consolidada de cargos
Planilla individual detallada en físico y digital con los valores originados y registrados diariamente por la atención de salud prestada al usuario.
Documento de identidad (cédula del paciente), pasaporte, partida de nacimiento, certificado de nacido vivo, registro civil de víctima
Acta entrega recepción de los servicios de salud, conforme a lo dispuesto y solicitado por parte del Ministerio de Salud
Anexo 002 en caso de ser transportado por ambulancia
Formulario 053 en caso de referencia y derivaciones de ser pertinente.
Formulario 008 para registro de atenciones en emergencia el cual reemplaza al parte policial y/o a la denuncia.
Formulario 006 Epicrisis en caso de hospitalización, de ser pertinente.
Protocolo Operatorio en caso de intervenciones quirúrgicas, de ser pertinente
Protocolo Anestésico, de ser pertinente.
Resultados de Exámenes de apoyo diagnóstico e informe para exámenes de imagen, de ser pertinente.
Factura consolidada, una por cada servicio y mes; sujetándose a la normativa legal vigente. (Tarifario de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, Norma del Proceso de Relacionamiento para la atención de pacientes y reconocimiento económico por prestación de servicios de salud entre instituciones de la Red Pública Integral de Salud y la Red Privada Complementaria.
<b>Fuente:</b> (Servicio Público para pago de Accidentes de Tránsito, 2016)

#### *A.1.10.3. Fallecimiento por Accidente de Tránsito*

En la Tabla A.10 se indica la documentación en caso de fallecimiento por accidente de tránsito.

**Tabla A.10.** Documentación en caso de fallecimiento por accidente de tránsito

Documentación en caso de fallecimiento por accidente de tránsito
Copia del parte policial debidamente validado por la autoridad Competente.
Partida de defunción original emitida por el registro civil
Posesión Efectiva de bienes, realizada ante Notario Público
Copia del protocolo de autopsia; y/o copia de, la Historia Clínica correspondiente al día de fallecimiento
Fotocopias de las cédulas de ciudadanía de la persona beneficiaria de las protecciones, dirección domiciliaria exacta, correo electrónico y números telefónicos.
Certificado Bancario del beneficiario, de institución financiera reconocida y aprobada por parte de la Superintendencia de Bancos.

---

Para los trámites ante el SPPAT no requiere de la representación de un abogado.

---

**Fuente:** (Servicio Público para pago de Accidentes de Tránsito, 2016)

#### *A.1.10.4. Componentes Claves del Servicio de Pago para Accidentes de Tránsito (SPPAT)*

El Servicio Público para pago de Accidentes de Tránsito (2016) describe los siguientes componentes:

**a) Atención médica de emergencia:**

- Desde el momento del accidente hasta la estabilización del paciente.
- Intervenciones quirúrgicas, hospitalización y medicamentos.

**b) Rehabilitación médica, procedimientos Ambulatorios:**

- Terapias físicas y psicológicas necesarias para la recuperación total o parcial de las víctimas.
- Atención por consulta externa.

**c) Indemnizaciones económicas:**

- Pago a las familias en caso de fallecimiento.
- Compensaciones en función del grado de discapacidad permanente.

#### *A.1.10.5. Exclusiones del Servicios de pago de accidentes de tránsito*

Las exclusiones del Servicio Público para pago de Accidentes de Tránsito (2016) hacen referencia a lo que no se relaciona con accidente de tránsito, y son:

- Cuando se pruebe que el accidente no sea a consecuencia de la circulación de un vehículo motorizado en una vía pública;
- El suicidio y las lesiones auto infringidas que sean debidamente comprobadas.

- Daños corporales causados por la participación del vehículo materia del presente servicio en carreras o competencias deportivas.
- Daños materiales, a bienes propios a de terceros, de cualquier naturaleza o clase
- Accidentes ocasionados como consecuencia de guerras: revoluciones, terrorismo y sabotaje, sismos y otras catástrofes o fenómenos naturales.

#### *A.1.10.6. Financiamiento y aportes del SPPAT*

El SPPAT es sostenido mediante un aporte obligatorio incluido en el proceso de matriculación anual de los vehículos. En la Tabla A.11 se detallan las tarifas y su gestión de fondos respectiva.

**Tabla A.11.** Aportes del SPPAT

<b>Clasificación de tarifas</b>	<b>Gestión de los fondos</b>
Vehículos livianos privados.	Los fondos son administrados por el gobierno a través de una entidad pública especializada, garantizando su uso exclusivo para cubrir las prestaciones del SPPAT.
Vehículos pesados o de carga.	
Transporte público y comercial.	

**Fuente:** (Servicio Público para pago de Accidentes de Tránsito, 2016)

## **A.2. Metodología 8D**

La metodología 8D, también conocida como “Metodología de las Ocho Disciplinas para la Resolución de Problemas”, tiene sus raíces en los enfoques de calidad desarrollados en la industria automotriz. Fue creada en la década de 1980 por Ford Motor Company para mejorar los procesos de calidad y abordar problemas recurrentes en la fabricación de vehículos. Este desarrollo coincidió con una época en la que las empresas estadounidenses enfrentaban una creciente competencia de manufacturas japonesas, conocidas por sus altos estándares de calidad y eficiencia, gracias a enfoques como el Sistema de Producción Toyota (Alvarado & Roca, 2025).

8D es un enfoque sistemático diseñado para abordar problemas complejos en procesos organizacionales, identificando la causa raíz de un problema para implementar soluciones efectivas y prevenir su recurrencia (Alvarado & Roca, 2025).

Su aplicación en hospitales presentó características únicas debido a la complejidad de los sistemas de salud, ya que integran tecnologías avanzadas, equipos médicos, personal multidisciplinario y procesos críticos enfocados en garantizar.

### **A.2.1. Inicios de la metodología 8D**

De acuerdo con DispatchTrack (2021) , la creación de la metodología 8D estuvo influenciada por conceptos y prácticas consolidadas en la gestión de calidad, como:

- **Gestión de Calidad Total (TQM):** Fue introducida por W. Edwards Deming, donde enfatiza la mejora continua y la prevención de defectos.
- **Análisis Causa-Raíz (RCA):** Es un enfoque sistemático que permite identificar y eliminar las causas fundamentales de los problemas.
- **Círculos de Calidad:** Fomentaron la colaboración en equipo para identificar y resolver problemas de calidad.
- **Ciclo PHVA (Planificar-Hacer-Verificar-Actuar):** Es una herramienta clave para la mejora continua.

La metodología 8D fue documentada por primera vez en un manual interno de Ford, difundida ampliamente a través de sus proveedores y otras empresas de manufactura. Ford Motor Company introdujo formalmente la metodología en su sistema de gestión bajo un enfoque diseñado para resolver problemas complejos relacionados con la calidad de los productos, promover la colaboración interdisciplinaria, garantizar que las soluciones fueran sostenibles y que los problemas no se repitan (Rosas, Higareda, & Arana, 2025).

### **A.2.2. Desarrollo de la Metodología 8D**

#### *A.2.2.1. Evolución y expansión a otras industrias*

Originalmente limitada a la industria automotriz, la metodología 8D fue adoptada rápidamente por otras industrias como la aeroespacial, la farmacéutica y la electrónica, debido a su eficacia en la resolución de problemas y en la mejora de procesos. En la década de 1990, su uso se extendió a sectores más diversos, incluidos los servicios y la

gestión hospitalaria, donde la complejidad y criticidad de los procesos requerían enfoques estructurados (Croft, 2025).

#### *A.2.2.2. Estandarización de la “Metodología 8D”*

Como lo expresa DispatchTrack (2021), la metodología 8D se convirtió en un estándar ampliamente reconocido gracias a lo siguiente:

- **Publicaciones y manuales técnicos:** Empresas como AIAG (Automotive Industry Action Group) promovieron la metodología en sus manuales de calidad.
- **Capacitación formal:** Organizaciones de certificación comenzaron a ofrecer cursos especializados en 8D como parte de programas de calidad.
- **Integración con otros marcos:** Se combinaron herramientas de Six Sigma, Lean y TQM con las ocho disciplinas para maximizar los resultados.

De acuerdo con Rusman y Hetharia (2025), el proceso de resolución de problemas se describe en ocho pasos, conocidos como el método 8D, que son los siguientes:

- **Paso 1D - Formación de equipos:** Selección de un grupo de personas con el conocimiento, tiempo y autoridad para resolver el problema y aplicar soluciones, esto incrementará la posibilidad de ver los errores desde distintas perspectivas y con ello obtener mejores resultados.
- **Paso 2D - Definición y descripción del problema:** El equipo puede describir el problema, incluyendo detalles como: quién sufre si el problema no se resuelve; cuál es el costo de no resolver el problema; cuándo se descubrió el problema, cómo se encontró, dónde se encontró y por quién.
- **Paso 3D - Acciones de Contención Provisional:** Permite tomar medidas temporales para contener el problema y minimizar su impacto mientras se desarrolla una solución permanente, estas acciones deben ser verificadas para asegurar que efectivamente controlan el problema a corto plazo.
- **Paso 4D - Análisis de Causa y Efecto Raíz:** Es el uso de herramientas analíticas como el diagrama de Ishikawa (causa-efecto) y los "5 Porqués" para identificar la

causa raíz del problema, verificando que estas causas realmente expliquen el problema observado.

- **Paso 5D - Acciones correctivas:** Propone y planifica soluciones que eliminen la causa raíz del problema, estas soluciones deben ser diseñadas para ser permanentes y prevenir la recurrencia del problema, evaluando la viabilidad y efectividad de las acciones correctivas propuestas.
- **Paso 6D - Verificación de acciones correctivas:** Es la implementación de las soluciones desarrolladas y validación de su efectividad en el entorno real.
- **Paso 7D - Estandarización:** Modifica los sistemas, procesos, políticas y procedimientos para asegurar que el problema no vuelva a ocurrir, esto puede incluir cambios en la capacitación del personal, ajustes en las especificaciones de los procesos, y actualización de la documentación y los estándares operativos.
- **Paso 8D - Reconocimiento individual y de equipo:** Reconoce y agradece al equipo por sus esfuerzos y contribuciones para resolver el problema, incluye recompensas formales e informales, y es crucial para mantener la motivación y fomentar una cultura de mejora continua en la organización. (Lestyánszka Škúrková et al., 2023).

Así también, Lestyánszka et al. (2023), señalan que el ciclo PHVA de Deming es una metodología de gestión iterativa para la mejora continua de procesos y productos, por lo tanto, la metodología 8D puede considerarse un método extendido, ya que cada una de las ocho disciplinas incorpora los principios del ciclo, garantizando una mejora continua y una solución efectiva de problemas, descritas a continuación:

- **Paso D1 a D3:** Se alinean con la fase de **Plan** del PDCA, ya que se identifican y describen problemas, planteando acciones de contención.
- **Paso D4 a D6:** Se corresponden con las fases de **Do** y **Check**, donde se identifican causas raíz, desarrollando soluciones correctivas.
- **Paso D7:** Se relaciona con la fase de **Act**, implementando cambios permanentes para prevenir la recurrencia del problema.
- **Paso D8:** Añade un componente de reconocimiento y aprendizaje que no está explícitamente en el PDCA, pero es fundamental para la mejora continua. (Metodología 8D: Ejemplo, ventajas y desventajas de las 8 disciplinas., 2021)

Como lo exponen Izaguirre y Párraga (2017) , la metodología 8D también está estrechamente relacionada con la gestión de calidad total (TQM), un enfoque organizacional que busca mejorar continuamente la calidad de productos y servicios para satisfacer plenamente a los clientes. Muchos de los principios de TQM se reflejan en la metodología 8D, ya que ambos enfoques promueven una cultura de mejora continua, centrada en la calidad y en la satisfacción del cliente, descritas de la siguiente manera:

- **El enfoque en el cliente:** Al resolver problemas de calidad, el método 8D asegura que se satisfagan las expectativas de los clientes.
- **La mejora continua:** El método 8D busca solucionar problemas actuales y prevenir la recurrencia, lo cual es un principio central de TQM.
- **La participación de todos** es el primer paso del método 8D (D1- formación de equipos): Lo asegura la participación de varias personas con diferentes habilidades y perspectivas.
- **El enfoque en procesos:** El método 8D analiza los problemas dentro del contexto de procesos interrelacionados, buscando soluciones que mejoren el proceso en su totalidad.
- **La toma de decisiones basada en datos:** El método 8D utiliza datos y análisis rigurosos para identificar causas raíz y desarrollar soluciones efectivas (DispatchTrack, 2021).

La adopción de la metodología 8D da beneficios en la empresa ya que incluye la identificación de la causa raíz promoviendo una cultura de mejora y permitiendo un entendimiento profundo del problema, así como acciones correctivas que garantiza que las soluciones implementadas sean más efectivas y duraderas, evitando la recurrencia de errores, mejorando la satisfacción del cliente y la calidad del producto o servicio (Izaguirre & Párraga, 2017) . Según DispatchTrack (2021) , esta metodología es una propuesta eficaz para encontrar causas raíz y soluciones efectivas de larga duración, permitiendo aumentar la productividad empresarial mediante la divulgación del método y los resultados con el resto de los miembros de la empresa para lograr mayores beneficios operativos.

#### *A.2.2.3. Digitalización y tecnologías modernas de la “Metodología 8D”*

Desde lo expuesto por Barsalou, Grabowska, y Perkin (2023) En la década de 2000, la “metodología 8D” se benefició de la digitalización y la disponibilidad de tecnologías avanzadas mediante:

- **Sistemas de Gestión de Calidad (QMS):** Son plataformas digitales que comenzaron a integrar módulos específicos para 8D, permitiendo el seguimiento y análisis de problemas en tiempo real.
- **Análisis de Big Data:** Son herramientas de análisis de datos que facilitaron la identificación de patrones ocultos en grandes volúmenes de datos, optimizando la etapa de determinación de la causa raíz.

#### **A.2.2.4. Principios fundamentales en el desarrollo de la “metodología 8D”**

La metodología 8D se construyó sobre tres pilares clave, según lo expone Croft (2025), en el detalle que se menciona a continuación:

- **Estructura Sistemática:** Cada una de las ocho disciplinas aborda un aspecto crítico del proceso de resolución de problemas, garantizando un enfoque integral.
- **Trabajo en Equipo:** La colaboración interdisciplinaria es esencial para integrar conocimientos técnicos, operativos y administrativos.
- **Prevención de Recurrencia:** Más allá de resolver el problema, el objetivo final es eliminar las causas raíz para prevenir futuros incidentes similares.

#### **A.2.3. Metodología 8D adaptada a los Hospitales**

La metodología, se adaptó a sectores como los hospitales, donde los problemas son multifacéticos y las consecuencias de los errores pueden ser críticas.

La metodología 8D, originalmente desarrollada para la industria manufacturera, puede abordar problemas complejos y multifacéticos relacionados con la seguridad del paciente, y gestionar eventos adversos, como errores de medicación y complicaciones por infecciones nosocomiales; su implementación se expandió por su capacidad de

integrarse en protocolos hospitalarios para mejorar la atención y reducir tiempos de espera excesivos (Croft, 2025).

#### **A.2.4. Evolución futura de la “Metodología 8D” con enfoque en la Sostenibilidad**

Conforme lo expuesto por Bigurra, et al. (2024) La evolución futura de la Metodología 8D se direcciona a:

- **Integración con Inteligencia Artificial (IA):** La incorporación de herramientas de IA en las etapas de análisis y solución ha permitido:
  - Automatizar el análisis de causa raíz mediante algoritmos predictivos.
  - Implementar soluciones basadas en simulaciones y análisis de escenarios.
- **Adaptaciones para Entornos Virtuales:** La pandemia de COVID-19 impulsó el uso de 8D en entornos virtuales, donde los equipos multidisciplinarios colaboran a través de plataformas digitales para resolver problemas urgentes como la distribución de equipos médicos y la gestión de crisis.
- **Sostenibilidad:** La metodología 8D se ha vinculado con enfoque de sostenibilidad empresarial, especialmente en sectores de la salud, donde la eficiencia de los recursos y la calidad de los servicios son fundamentales.

#### **A.2.5. Aplicación de la Metodología 8D en la complejidad de los Sistemas Hospitalarios**

Según lo afirma Mendoza (2020) la complejidad de los sistemas hospitalarios esta puede ser caracterizada por varios aspectos:

- **Procesos Interdependientes:** Las actividades clínicas y administrativas están interrelacionadas. Un error en un área, como el suministro de medicamentos, puede tener efectos catastróficos en la atención al paciente.

- **Alta Variabilidad:** Los hospitales enfrentan variaciones constantes en la demanda, como fluctuaciones en las tasas de admisión de urgencias.
- **Entornos de Alta Presión:** El personal médico trabaja bajo presión constante, lo que aumenta el riesgo de errores humanos.

El enfoque estructurado de la metodología 8D se adapta bien a este contexto, proporcionando un marco que permite analizar problemas de manera integral y desarrollar soluciones que consideren las interacciones entre factores humanos, tecnológicos y organizacionales (Mendoza, 2020).

#### *A.2.5.1. Justificación de la Metodología 8D en Hospitales*

Mendoza (2020) , también menciona que la metodología 8D suele ser relevante en hospitales debido a:

- **La necesidad de análisis sistemático:** Problemas como infecciones nosocomiales o errores en la administración de medicamentos requieren un enfoque que aborde tanto las causas directas como las sistémicas.
- **El énfasis en el trabajo en equipo:** La multidisciplinariedad es clave en hospitales, donde se necesita la colaboración entre el personal médico y personal administradores para resolver problemas complejos.
- **La importancia de la prevención de recurrencias:** Los hospitales deben garantizar que los problemas críticos no se repitan, especialmente aquellos que afectan directamente la seguridad del paciente.

#### *A.2.5.2. Aplicación de las Disciplinas 8D en los Hospitales*

La Metodología 8D podría aplicarse de la siguiente manera en hospitales, de acuerdo con lo expuesto por Croft (2025):

- **Paso 1D: Formación del Equipo Multidisciplinario**

En el contexto hospitalario, esta disciplina implica la creación de equipos conformados por:

- **Profesionales clínicos:** Médicos, enfermeros y técnicos especializados en áreas relacionadas con el problema.
- **Especialistas en calidad:** Expertos en gestión hospitalaria que pueden aportar herramientas como Lean Healthcare y Six Sigma.
- **Administradores y gestores:** Encargados de garantizar la disponibilidad de recursos y la implementación de cambios.

La formación de estos equipos asegura un análisis integral, incorporando perspectivas diversas para abordar problemas complejos como errores en el flujo de pacientes o fallos en la cadena de suministro de medicamentos (Mendoza, 2020).

- **Paso 2D: Definición del Problema**

Definir el problema en un hospital requiere precisión y evidencia basada en datos (Barsalou, et al. 2023).

- **Paso 3D: Acciones de Contención**

En un hospital, las acciones de contención se enfocan en minimizar el impacto de un problema mientras se trabaja en la solución definitiva (DispatchTrack, 2021).

- **Paso 4D: Determinación de la Causa Raíz**

El análisis de causa raíz (RCA) es fundamental para identificar problemas subyacentes en hospitales. Se pueden emplear herramientas como:

- **Diagrama de Ishikawa (espina de pescado):** Para identificar factores como fallas humanas, tecnológicas, de proceso o administrativas.
- **Análisis de los “5 Porqués”:** Para profundizar en el motivo detrás de un error clínico, como un diagnóstico incorrecto (Mendoza, 2020).

- **Paso 5D: Desarrollo e Implementación de Soluciones Permanentes**

Esta etapa, lo explica Mendoza (2020) implica diseñar soluciones sostenibles. En hospitales, esto puede incluir:

- Automatización de procesos administrativos mediante software de gestión hospitalaria.
- Capacitación del personal en protocolos de seguridad del paciente.
- Rediseño de procesos, como la mejora en el flujo de información entre departamentos.

- **Paso 6D: Validación de las Acciones Correctivas**

La validación de soluciones en hospitales se realiza mediante el seguimiento de indicadores clave de desempeño (KPI), la disminución en los tiempos de espera en urgencias o el incremento en la satisfacción del paciente (Mendoza, 2020).

- **Paso 7D: Prevención de la Recurrencia**

Garantiza que el problema no vuelva a ocurrir en los hospitales mediante la actualización de políticas y protocolos, integración de sistemas de monitoreo y capacitación continuos del personal médico y administrativo (Croft, 2025).

- **Paso 8D: Reconocimiento del Equipo**

El reconocimiento es clave en entornos hospitalarios, donde la iniciativa del personal puede influir en la calidad del trabajo con incentivos como; certificaciones, programas de reconocimiento público y recompensas laborales (Mendoza, 2020).

#### *A.2.5.3. Adaptaciones de la metodología 8D para Hospitales*

La metodología 8D puede verse adaptada a los hospitales de acuerdo con la necesidad del aseguramiento de la calidad y en beneficio de los usuarios o pacientes, es por ello que de acuerdo a Mendoza (2020) se pueden realizar las siguientes adaptaciones:

- Incorporación de tecnologías de salud digital, como sistemas de monitoreo en tiempo real o análisis de datos mediante inteligencia artificial.
- Personalización de herramientas analíticas mediante diagramas de Pareto para analizar frecuencias de eventos adversos.
- Enfoque en el impacto humano, permitiendo priorizar soluciones que reduzcan la carga emocional y psicológica del personal médico.

#### *A.2.5.4. Comparación de la metodología 8D con otras metodologías*

En la Tabla A12, se presenta la comparación de la metodología 8D con diferentes metodologías aplicadas en instituciones de Salud.

**Tabla A.12.** Comparación de la Metodología 8D con otras metodologías

<b>Metodología</b>	<b>Fortalezas</b>	<b>Limitaciones</b>	<b>Ámbitos de Aplicación en Hospitales</b>
PHVA	Sencillez, mejora continua.	No aborda problemas complejos ni identifica causas raíz en profundidad.	Mejora de procesos operativos y administrativos rutinarios.
DMAIC	Rigor estadístico, enfoque en la variación.	Menor adaptabilidad a problemas cualitativos.	Procesos clínicos y administrativos que requieren análisis detallado.
RCA	Análisis profundo de causas raíz.	Carece de estructura para implementar soluciones sostenibles.	Eventos adversos y análisis de errores críticos.
Lean Healthcare	Eliminación de desperdicios, mejora de la eficiencia operativa.	No aborda problemas críticos ni análisis de causas raíz.	Gestión de flujos de pacientes y optimización de recursos.

TRIZ	Creatividad e innovación en soluciones.	e Falta de enfoque en estructurado implementación prevención.	Innovación en diseño de procesos y tecnología médica.
Metodología 8D	Estructura completa, trabajo en equipo, análisis profundo y prevención.	Más complejo de implementar metodologías más simples.	Problemas críticos, eventos adversos, y mejora de la seguridad.

**Fuente:** Martínez, 2025

La metodología 8D destaca en hospitales al ofrecer un enfoque equilibrado y estructurado para abordar problemas críticos de forma integral, promoviendo la seguridad del paciente y la sostenibilidad de las soluciones (Mendoza, 2020).


## Anexo B. Diseño Metodológico


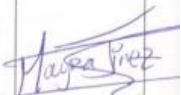


En la Tabla B2, se presenta el proceso de recolección y análisis de datos del proyecto:

**Tabla B2.** Proceso de recolección y análisis de datos

<b>Procedimiento</b>	<b>Fuentes de datos</b>	<b>Técnica de recolección</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Presentación de resultados de análisis</b>
Situación actual del proceso de “Auditoria Médica”	Personal de proceso	Entrevista	Guía entrevistas	Diagrama de flujo de procesos
	Documentación del proceso	Investigación documental Observación el proceso	Notas escritas	Gráfico de Tendencia
Definición y aplicación de acciones de mejora basadas en el método 8D	Personal del proceso	Observación del proceso	Guía de Observación	Diagrama Causa y efecto
	Documentación del proceso		Recolección de datos	Diagrama de Gantt, para la planificación e las acciones de mejora
	Desempeño del proceso		Descarga de datos	
Verificación de resultados de las acciones de mejora	Personal del proceso	Observación del proceso	Recolección de datos	Gráfico de Tendencia
	Desempeño del proceso	Medición de indicadores	Descarga de datos	

### Anexo C: Acta Nro. 6 Mejorar Método de calificación de paciente- Acción de mejora (AM1)

	<b>INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL</b> <b>HOSPITAL GENERAL AMBATO</b> <b>REGISTRO</b> <b>ACTA DE REUNIÓN</b>	Código: IESSHGA-GC-RG-AR-001 Versión: 2 Elaborado: 2023 Vigencia: 2025
---	---	---

INFORMACIÓN GENERAL				
RESPONSABLE: DRA. ERIKA MARTINEZ V.		FIRMA: 		
FECHA: 22/04/2024	HORA INICIAL: 09H15	HORA FINAL: 10H25	FECHA DE PRÓXIMA REUNIÓN:	Según la necesidad
MOTIVO DE LA REUNIÓN: MEJORAR METODO DE CALIFICACION DE PACIENTES		ÁREA: AULAS DE DOCENCIA		
ASISTENTES				
CARGO	NOMBRES Y APELLIDOS			FIRMA
RESPONSABLE DEL ÁREA DE ESTADISTICA	ING. MAYRA JINES			
RESPONSABLE DE AUDITORIA MEDICA	DRA. ERIKA MARTINEZ			
RESPONSABLE DE FACTURACION Y PLANILLAJE	ING. CRISTINA VELASQUEZ			

TEMAS TRATADOS				
Tipo: I-información, D-decisión, A-acción				
#	TIPO (IDA)	ACTIVIDAD	ENCARGADO	FECHA DE CUMPLIMIENTO
1	I	Se realiza una reunión con la responsable del área de estadística para dar a conocer que no existe un método adecuado en la calificación de los pacientes atendidos en esta institución de salud por lo que genera retraso en la elaboración de pertinencia médica y elaboración de informes.	DRA. ERIKA MARTINEZ	
2	A	La Ing. Mayra Jinez indica que para mejorar el método calificador de pacientes se dispondrá al personal de admisiones que al momento que ingrese el paciente debe preguntar el tipo de cobertura, y adicional indica que trabajará en conjunto con el jefe del área de emergencia para que realice una revisión de las coberturas para verificar la calificación de pacientes.	ING. MAYRA JINEZ	DIARIO
3	I	La Ing. Mayra Jinez, menciona que los médicos de turno deben realizar una revisión de las atenciones médicas brindadas para identificar a los pacientes por accidente de tránsito (SPPAT) y que al final de la jornada se de entrega inmediata de la historia clínica física (formularios 008) al personal de estadística.	ING. MAYRA JINEZ	DIARIO
4	D-A	El personal de estadística constatará diariamente la calificación de los pacientes y realizará cambios en caso de que cambie de cobertura del paciente en el mes según corresponda (MSP, ISSFA, ISSPOL, SPPAT).	PERSONAL DE ESTADISTICA	DIARIO
5	D-A	Se dará entrega de manera quincenal al personal de RPIS (auditoria médica y facturación)	ING. MAYRA JINEZ	QUINCENAL


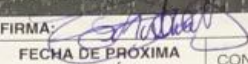
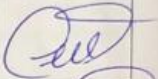

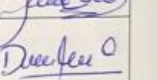
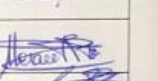

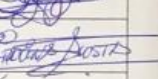
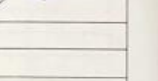

#### OBSERVACIONES:

La responsable de Auditoria médica y la responsable del Área de Estadística llegan al siguiente acuerdo del acta N° 6 donde se menciona:

Para mejora el método de de calificación de pacientes el personal de admisiones debe preguntar el tipo de cobertura al momento que el usuario ingrese a esta Institución de Salud, y que el jefe del servicio de Emergencia indicará al jefe de guardia de turno realice una revisión de las coberturas para verificar la correcta calificación de pacientes.

Adicionalmente, se definió que los médicos de turno realizarán una revisión de las atenciones médicas brindadas para identificar a los pacientes por accidente de tránsito (SPPAT) y que al final de la jornada se dará entrega inmediata de las historias clínicas físicas (formularios 008) al personal de estadística, con el fin de que se constate la calificación de los pacientes y se realice cambios de coberturas según corresponda al asegurador público (MSP, ISSFA, ISSPOL, SPPAT) de manera diaria y sea entregado en conjunto de manera mensual al área de RPIS.

### Anexo D: Acta Nro. 8. Frecuencia en la revisión de pacientes- Acción de Mejora (AM2)

		<b>INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL</b> <b>HOSPITAL GENERAL AMBATO</b> <b>REGISTRO</b> <b>ACTA DE REUNIÓN</b>		Código: IESSHGA-GC-RG-AR-001 Versión: 2 Elaborado: 2023 Vigencia: 2025	
INFORMACIÓN GENERAL					
RESPONSABLE: DRA. ERIKA MARTINEZ V.			FIRMA:  Acta N° 8		
FECHA: 04/08/2024	HORA INICIAL: 09H15	HORA FINAL: 10H25	FECHA DE PRÓXIMA REUNIÓN: CONFORME AL REQUERIMIENTO		
MOTIVO DE LA REUNIÓN: FRECUENCIA EN LA REVISIÓN DE PACIENTES		ÁREA: RPIS			
CARGO		ASISTENTES NOMBRES Y APELLIDOS		FIRMA	
RESPONSABLE DEL AREA DE FACTURACION Y PLANILLAJE		ING. CRISTINA VELASQUEZ			
RESPONSABLE DEL AREA DE AUDITORIA MEDICA		DRA. ERIKA MARTINEZ			
REPOSABLE DE PLANILLAJE DE ISSPOL		ING. JOHANA CASTILLO			
RESPONSABLE DE PLANILLAJE DE MSP /ISSFA		PGA. DANIELA MENA			
RESPONSABLE DE PLANILLAJE SPPAT		ING. PAULINA PICO			
RESPONSABLE DEL PRESTADOR ISSFA		DRA. MAYRA SANTAMARIA			
RESPONSABLE DEL PRESTADOR SPPAT		DRA. DIANA SANTANA			
RESPONSABLE DEL PRESTADOR ISSPOL		DRA. CAROLINA ACOSTA			




Tipo: Información, D-decisión, A-acción				
#	TIPO (IDA)	ACTIVIDAD	ENCARGADO	FECHA DE CUMPLIMIENTO
1	I	Se realiza una reunión con la responsable del área de facturación y con su personal a cargo conjuntamente con el personal de auditoría médica para organizar una mayor frecuencia de revisión de información de pacientes ya que está generando retraso de inicio de pertinencia médica de cada prestador (ISSFA-ISSPOL-MSP-SPPAT) y elaboración de informes.	DRA. ERIKA MARTINEZ	
2	D	La Ing. Cristina Velasquez, indica que el Personal de facturación y planillaje aceptará de forma diaria de formularios (008) según corresponda el prestador (MSP- ISSFA- ISSPOL- SPPAT) para revisión de gestión documental.	ING. CRISTINA VELASQUEZ	DIARIO
3	A	El personal de facturación y planillaje de cada prestador (MSP- ISSFA- ISSPOL- SPPAT) recopilará información de los pacientes para realizar una distribución de la atención médica brindada según la dependencia (emergencia- hospitalización- ambulatorio)	PERSONAL DE AUDITORIA MEDICA Y FACTURACION	DIARIO
4	D	La responsable de auditoría médica solicita a la responsable de facturación y planillaje que el personal a su cargo trabaje conjuntamente con el personal de auditoría médica según corresponda el prestador	DRA. ERIKA MARTINEZ	QUINCENAL
5	A	El personal de auditoría médica, solicita al personal de facturación y planillaje se de entrega del listado de pacientes RED, una vez recopilada y organizada la información de manera quincenal al prestador que corresponda para revisión médica de formularios 008 conjuntamente con el sistema MIS AS 400	PERSONAL DE AUDITORIA MEDICA	QUINCENAL

#### OBSERVACIONES:

La responsable de Auditoría médica con su personal a cargo, conjuntamente con la responsable del Área de Facturación y su personal llegan al siguiente acuerdo con Acta N° 8 :

Se acuerda que una vez que el personal de facturación y planillaje de cada prestador (MSP- ISSFA- ISSPOL- SPPAT) recopile la información de los pacientes y organice la distribución por dependencia (emergencia- hospitalización- ambulatorio), serán entregados a cada médico auditor de manera quincenal según al prestador que corresponda , para inicio de revisión médica de formularios 008 conjuntamente con el sistema MIS AS 400

## Anexo E: Acta Nro. 9. Roles y responsabilidades de Auditoría Médica- Acción de Mejora (AM3)

	<b>INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL</b> <b>HOSPITAL GENERAL AMBATO</b> <b>REGISTRO</b> <b>ACTA DE REUNIÓN</b>	Código: IESSHGA-GC-PG-AR-001 Versión: 3 Elaborado: 2023 Vigencia: 2025		
<b>INFORMACIÓN GENERAL</b>				
RESPONSABLE: MED. ERIKA ESTEFANIA MARTINEZ VELASQUEZ.		FIRMA: <span style="float: right;">N° 09</span>		
FECHA: 13/09/2024	HORA INICIAL: 09H30	HORA FINAL: 10H00		
MOTIVO DE LA REUNIÓN: ROLES Y RESPONSABILIDADES DE AUDITORIA MEDICA		FECHA DE PRÓXIMA REUNIÓN: CONFORME REQUERIMIENTO		
MOTIVO DE LA REUNIÓN: ROLES Y RESPONSABILIDADES DE AUDITORIA MEDICA		ÁREA: AULAS DE DOCENCIA		
<b>ASISTENTES</b>				
CARGO	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA		
MEDICA AUDITORA	MED. GABRIELA CAROLINA ACOSTA YANEZ.			
MEDICA AUDITORA	MED. MAYRA ALEXANDRA SANTAMARIA CORREA.			
MEDICA AUDITORA	MED. DIANA ZULEMA SANTANA CASTILLO.			
<b>TEMAS TRATADOS</b>				
Tipo: I-información, D-decisión, A-acción				
#	TIPO (IDA)	ACTIVIDAD	ENCARGADO	FECHA DE CUMPLIMIENTO
1.	D - A	Realización de pertinencia médica e informes del prestador ISSPOL.	MED. CAROLINA ACOSTA Y.	MENSUAL
		Pertinencias médicas quincenal de formularios 008 prestador ISSPOL.		QUINCENAL
		Cumplir con la finalización de informes de pertinencia médica de los meses julio-agosto 2023		MENSUAL
		Realización de objeciones internas.		DIARIO
		Gestión Documental según corresponda.		CONFORME NECESIDAD
2.	D - A	Realización de pertinencia médica e informes del prestador ISSFA.	MED. ALEXANDRA SANTAMARIA C.	MENSUAL
		Pertinencias médicas quincenal de formularios 008 prestador ISSFA.		QUINCENAL
		Realización de objeciones prestador ISSPOL.		CONFORME NECESIDAD
		Realización de objeciones prestador ISSFA.		MENSUAL (1 TRÁMITE)
		Realización de pertinencia médica e informes de SPPAT.		MENSUAL (1 TRÁMITE)

3.	D-A	Gestión Documental según corresponda.	MED. ERIKA MARTINEZ V.	DIARIO
		Inducción al personal nuevo.		CONFORME NECESIDAD
		Realización de pertinencia médica e informes del prestador MSP.		MENSUAL
		Pertinencias médicas quincenal de formularios 008 prestador MSP.		QUINCENAL
		Realización de informe general del Archivo Plano y Seguro Social Campesino.		MENSUAL
		Asistencia a la reuniones del Comité de facturación y RPIS.		MENSUAL
		Realización de objeciones prestador MSP.		CONFORME NECESIDAD
		Realización de pertinencia médica e informes de SPPAT.		MENSUAL (1 TRÁMITE)
		Gestión Documental según corresponda.		DIARIO
		4.		D-A
Realización de objeciones SPPAT.	CONFORME NECESIDAD			
Realización de pertinencias médicas quincenal de formularios 008 SPPAT.	QUINCENAL			
Gestión Documental según corresponda.	DIARIO			
Inducción al personal nuevo.	CONFORME NECESIDAD			
<b>REQUERIMIENTOS URGENTES</b>		<b>RESPONSABLE</b>	<b>FECHA DE CUMPLIMIENTO</b>	
Se brindará apoyo según disponibilidad, a todas las funcionarias del área.		MED. ERIKA MARTINEZ V.	CONFORME NECESIDAD	
Realización de pertinencia médica e informes de SPPAT UNO mensual hasta culminar con el período de lactancia y una vez que se retorne al horario (8 horas) se debe cumplir con la entrega de DOS trámites de manera mensual.		MED. DIANA SANTANA C.	A PARTIR DEL 17 DE FEBRERO DE 2025	

### OBSERVACIONES:

Las funciones y responsabilidades del personal de Auditoría médica que fueron detalladas en líneas anteriores con Acta N°9, por lo que deberán ser acatadas por las funcionarias del área y como medida de contención provisional, la redistribución temporal de funciones del personal médico de auditoría médica permitirá igualar los trámites requeridos del SPPAT de los meses rezagados.

**Anexo F: Acta Nro. 10. Adecuación de automatización de una base de datos en matriz SPPAT - Acción de Mejora (AM4)**

		<b>INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL</b> <b>HOSPITAL GENERAL AMBATO</b> <b>REGISTRO</b> <b>ACTA DE REUNIÓN</b>		Código: IESSHGA-GC-PG-AR-001 Versión: 3 Elaborado: 2023 Vigencia: 2025	
<b>INFORMACIÓN GENERAL</b>					
RESPONSABLE: MED. ERIKA ESTEFANIA MARTINEZ VELASQUEZ.				FIRMA: 	
FECHA: 26/11/2024		HORA INICIAL: 11:30	HORA FINAL: 12:45	FECHA DE PRÓXIMA REUNIÓN	CONFORME REQUERIMIENTO
MOTIVO DE LA REUNIÓN:		ADECUACION DE AUTOMATIZACIÓN DE UNA BASE DE DATOS EN MATRIZ SPPAT		ÁREA: AULAS DE DOCENCIA	
<b>ASISTENTES</b>					
CARGO		NOMBRES Y APELLIDOS		FIRMA	
RESPONSABLE AUDITORIA MEDICA		DRA. ERIKA MARTINEZ V.			
RESPONSABLE DE SISTEMAS		ING. ROBERTO PICO			
<b>TEMAS TRATADOS</b>					
Tipo: I-información, D-decisión, A-acción					
#	TIPO (IDA)	ACTIVIDAD	ENCARGADO	FECHA DE CUMPLIMIENTO	
1.	I	Implementar una base de datos sobre el listado de pacientes que acuden de manera mensual para recibir atención médica nueva o subsecuente por accidentes de tránsito. Mediante una automatización sobre los datos de pacientes en formato Excel.	DRA. ERIKA MARTINEZ	MENSUAL	
2.	D - A	Creación de una matriz automática mediante la utilización del número de cédula, para generar los principales datos: fecha de nacimiento, año, mes, día, nombres, apellidos, edad, género, dependencia (hospitalización – emergencia - consulta externa), fecha de la atención y el código CIE10; dando como resultado una matriz general	ING. ROBERTO PICO	DICIEMBRE DEL 2024 (LLEGADA DEL ARCHIVO PLANO)	
<b>REQUERIMIENTOS URGENTES</b>			<b>RESPONSABLE</b>	<b>FECHA DE CUMPLIMIENTO</b>	
Implementación de automatización de datos del listado de pacientes del archivo plano por parte del responsable del área de sistemas			ING. ROBERTO PICO	DICIEMBRE DEL 2024 (LLEGADA DEL ARCHIVO PLANO)	

**OBSERVACIONES:**

La responsable del área de auditoría médica conjuntamente con el responsable del área de sistemas de Hospital General Ambato llegan al siguiente acuerdo:  
 Implementación de automatización de matriz por parte del Ing. Roberto Pico, en base al listado de pacientes del archivo plano por accidente de tránsito (SPPAT), mediante el número de cédula, para generar de manera automática los principales datos: fecha de nacimiento, año, mes, día, nombres, apellidos, edad, género, dependencia (hospitalización – emergencia - consulta externa), fecha de la atención y el código CIE10; dando como resultado una matriz general permitiendo iniciar con la pertenencia médica por parte del área de auditoría médica, mismo que se dará inicio en el mes de diciembre del presente año una vez que llegue el Archivo Plano.

## Archivo Plano General

CODIGO_DEPEN	RECLAMO	FECHA_A	TIPO_SEC	IDENTIFIC	NOMBRE_BENEFIC	GENERO	FECHA_N	EDAD_BE	TIPO_EXA	PROCEDIMEN	NOMBRE_PROCEDIN	DIAGNOS	DIAGNOS	DIAGNOS	CANTIDAD	VALOR	TOTAL
121	20251361	6/1/2025	JU	1801413624	MOYA ESCALANTE JO M		3/6/1958	66	IMM	3432620076180	JERINGA 5 ML, 21 G, 1 - 1Z518				1	0,11	0,11
121	20251361	6/1/2025	JU	1801413624	MOYA ESCALANTE JO M		3/6/1958	66	IMM	3432620076180	JERINGA 5 ML, 21 G, 1 - 1Z518				1	0,11	0,11
121	20251361	6/1/2025	JU	1801413624	MOYA ESCALANTE JO M		3/6/1958	66	IMM	3432620076180	JERINGA 5 ML, 21 G, 1 - 1Z518				1	0,11	0,11
121	20251361	6/1/2025	JU	1801413624	MOYA ESCALANTE JO M		3/6/1958	66	IMM	3432620076180	JERINGA 5 ML, 21 G, 1 - 1Z518				1	0,11	0,11
121	20251361	6/1/2025	JU	1801413624	MOYA ESCALANTE JO M		3/6/1958	66	IMM	3432620076180	JERINGA 5 ML, 21 G, 1 - 1Z518				1	0,11	0,11
121	20251361	6/1/2025	JU	1801413624	MOYA ESCALANTE JO M		3/6/1958	66	IMM	3432620076180	JERINGA 5 ML, 21 G, 1 - 1Z518				1	0,11	0,11
121	20251361	6/1/2025	JU	1801413624	MOYA ESCALANTE JO M		3/6/1958	66	IMM	3432620076110	JERINGA 10 ML, 21 G, 1 - Z518				2	0,121	0,242
121	20251361	8/1/2025	JU	1801413624	MOYA ESCALANTE JO M		3/6/1958	66	IMM	3432620076180	JERINGA 5 ML, 21 G, 1 - 1Z518				1	0,11	0,11
312	20251361	9/1/2025	JU	1801413624	MOYA ESCALANTE JO M		3/6/1958	66	LAB	270161	PSA LIBRE	N40			1	9,5013	9,5013
312	20251361	9/1/2025	JU	1801413624	MOYA ESCALANTE JO M		3/6/1958	66	LAB	380012	EMO (UROANALISIS DE	N40			1	3,04	3,04
312	20251361	9/1/2025	JU	1801413624	MOYA ESCALANTE JO M		3/6/1958	66	LAB	270141	PSA TOTAL	N40			1	10,8986	10,8986
312	20251361	9/1/2025	JU	1801413624	MOYA ESCALANTE JO M		3/6/1958	66	LAB	360015	NITROGENO UREICO (BU	N40			1	2,3	2,3
312	20251361	9/1/2025	JU	1801413624	MOYA ESCALANTE JO M		3/6/1958	66	LAB	360016	CREATININA	N40			1	3,29	3,29
121	20251361	9/1/2025	JU	1801413624	MOYA ESCALANTE JO M		3/6/1958	66	IMM	3432620076180	JERINGA 5 ML, 21 G, 1 - 1Z518				1	0,11	0,11
121	20251361	10/1/2025	JU	1801413624	MOYA ESCALANTE JO M		3/6/1958	66	IMM	3432620076180	JERINGA 5 ML, 21 G, 1 - 1Z518				1	0,11	0,11
540	20251361	15/1/2025	JU	1801413624	MOYA ESCALANTE JO M		3/6/1958	66	AMB	99212	VISITA EN LA OFICINA SI	N40			1	8,04	8,04
121	20251361	16/1/2025	JU	1801413624	MOYA ESCALANTE JO M		3/6/1958	66	IMM	3432620076180	JERINGA 5 ML, 21 G, 1 - 1Z518				1	0,11	0,11
121	20251361	16/1/2025	JU	1801413624	MOYA ESCALANTE JO M		3/6/1958	66	IMM	3432620076180	JERINGA 5 ML, 21 G, 1 - 1Z518				1	0,11	0,11



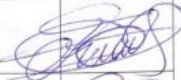

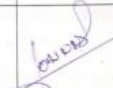

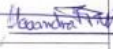

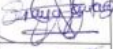

## Automatización De Matriz SPPAT

MES	AÑO	PRESTADOR	DEPENDENCIA	TIPO DE MOVIMIENTO	OBSERVACIÓN (Motivo movimiento)	CD O PASAPORTE DEL ACCIDENTADO O (PACIENTE)	APELLIDOS DEL ACCIDENTADO (PACIENTE)	NOMBRE DEL ACCIDENTADO (PACIENTE)	FECHA DE NACIMIENTO DEL ACCIDENTADO O (PACIENTE)	EDAD DEL ACCIDENTADO O (PACIENTE)	FECHA DEL EVENTO (DEL ACCIDENTE)	HORA	CIUDAD	FECHA DE INGRESO (AÑO/MES/DI A) DEL ACCIDENTADO O	FECHA DE EGRESO DEL ACCIDENTADO O	FECHA DE PRESTACIÓN	CÓDIGO DE PRESTACIÓN	DESCRIPCION TNPS	TIPO PRESTACIÓN	TIPO DE ATENCIÓN	DIAGNOSTICO DE INGRESO DEL ACCIDENTADO O	DIAGNÓSTICO SECUNDAR -1
DICIEMBRE	2024	SPPAT	HOSPITALIZACION	AGREGADO	PASA DE MES	702148032	PILALOA TAMAYO	SERGIO EMILIO	13/1/1968	56						11/12/2024	911111	OXIGENO	INH	HOSPITALIZACION	S202	
DICIEMBRE	2024	SPPAT	HOSPITALIZACION	AGREGADO	PASA DE MES	702148032	PILALOA TAMAYO	SERGIO EMILIO	13/1/1968	56						11/12/2024	383723	CUBICULO DE EMERGENCIA. INSTITI	SEI	HOSPITALIZACION	T009	J939
DICIEMBRE	2024	SPPAT	HOSPITALIZACION	AGREGADO	PASA DE MES	702148032	PILALOA TAMAYO	SERGIO EMILIO	13/1/1968	56						11/12/2024	992523	INTERCONSULTA CONSULTA INICIAL	HON	HOSPITALIZACION	S221	
DICIEMBRE	2024	SPPAT	HOSPITALIZACION	AGREGADO	PASA DE MES	702148032	PILALOA TAMAYO	SERGIO EMILIO	13/1/1968	56						11/12/2024	992525	INTERCONSULTA CONSULTA INICIAL	HON	HOSPITALIZACION	T009	J939
DICIEMBRE	2024	SPPAT	HOSPITALIZACION	AGREGADO	PASA DE MES	702148032	PILALOA TAMAYO	SERGIO EMILIO	13/1/1968	56						11/12/2024	992281	VISITA EN EMERGENCIA PARA EVALU	HON	HOSPITALIZACION	T009	J939
DICIEMBRE	2024	SPPAT	HOSPITALIZACION	AGREGADO	PASA DE MES	702148032	PILALOA TAMAYO	SERGIO EMILIO	13/1/1968	56						11/12/2024	992523	INTERCONSULTA CONSULTA INICIAL	HON	HOSPITALIZACION	S422	S824
DICIEMBRE	2024	SPPAT	HOSPITALIZACION	AGREGADO	PASA DE MES	702148032	PILALOA TAMAYO	SERGIO EMILIO	13/1/1968	56						11/12/2024	992285	VISITA EN EMERGENCIA PARA EVALU	HON	HOSPITALIZACION	T009	J939
DICIEMBRE	2024	SPPAT	HOSPITALIZACION	AGREGADO	PASA DE MES	702148032	PILALOA TAMAYO	SERGIO EMILIO	13/1/1968	56						11/12/2024	72040	EXAMEN RADIOLOGICO, COLUMNA V	IMA	HOSPITALIZACION	T009	J939
DICIEMBRE	2024	SPPAT	HOSPITALIZACION	AGREGADO	PASA DE MES	702148032	PILALOA TAMAYO	SERGIO EMILIO	13/1/1968	56						11/12/2024	73060	EXAMEN RADIOLOGICO, HUMERO, N	IMA	HOSPITALIZACION	T009	J939
DICIEMBRE	2024	SPPAT	HOSPITALIZACION	AGREGADO	PASA DE MES	702148032	PILALOA TAMAYO	SERGIO EMILIO	13/1/1968	56						11/12/2024	72070	EXAMEN RADIOLOGICO, COLUMNA V	IMA	HOSPITALIZACION	T009	J939
DICIEMBRE	2024	SPPAT	HOSPITALIZACION	AGREGADO	PASA DE MES	702148032	PILALOA TAMAYO	SERGIO EMILIO	13/1/1968	56						11/12/2024	73600	EXAMEN RADIOLOGICO, TOBILLO, P	IMA	HOSPITALIZACION	T009	J939
DICIEMBRE	2024	SPPAT	HOSPITALIZACION	AGREGADO	PASA DE MES	702148032	PILALOA TAMAYO	SERGIO EMILIO	13/1/1968	56						11/12/2024	71010	EXAMEN RADIOLOGICO, TORAX, POS	IMA	HOSPITALIZACION	T009	J939
DICIEMBRE	2024	SPPAT	HOSPITALIZACION	AGREGADO	PASA DE MES	702148032	PILALOA TAMAYO	SERGIO EMILIO	13/1/1968	56						11/12/2024	73520	EXAMEN RADIOLOGICO, CADERA, B	IMA	HOSPITALIZACION	T009	J939
DICIEMBRE	2024	SPPAT	HOSPITALIZACION	AGREGADO	PASA DE MES	702148032	PILALOA TAMAYO	SERGIO EMILIO	13/1/1968	56						11/12/2024	73590	EXAMEN RADIOLOGICO, TIBIA Y FIB	IMA	HOSPITALIZACION	T009	J939
DICIEMBRE	2024	SPPAT	HOSPITALIZACION	AGREGADO	PASA DE MES	702148032	PILALOA TAMAYO	SERGIO EMILIO	13/1/1968	56						11/12/2024	72100	EXAMEN RADIOLOGICO, COLUMNA V	IMA	HOSPITALIZACION	T009	J939
DICIEMBRE	2024	SPPAT	HOSPITALIZACION	AGREGADO	PASA DE MES	702148032	PILALOA TAMAYO	SERGIO EMILIO	13/1/1968	56						11/12/2024	73030	EXAMEN RADIOLOGICO, HOMBRO, C	IMA	HOSPITALIZACION	T009	J939
DICIEMBRE	2024	SPPAT	HOSPITALIZACION	AGREGADO	PASA DE MES	702148032	PILALOA TAMAYO	SERGIO EMILIO	13/1/1968	56						11/12/2024	73590	EXAMEN RADIOLOGICO, TIBIA Y FIB	IMA	HOSPITALIZACION	T009	J939
DICIEMBRE	2024	SPPAT	HOSPITALIZACION	AGREGADO	PASA DE MES	702148032	PILALOA TAMAYO	SERGIO EMILIO	13/1/1968	56						11/12/2024	340077	BIOMETRIA HEMATICA	LAB	HOSPITALIZACION	T009	J939
DICIEMBRE	2024	SPPAT	HOSPITALIZACION	AGREGADO	PASA DE MES	702148032	PILALOA TAMAYO	SERGIO EMILIO	13/1/1968	56						11/12/2024	340012	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA (TTP)	LAB	HOSPITALIZACION	T009	J939
DICIEMBRE	2024	SPPAT	HOSPITALIZACION	AGREGADO	PASA DE MES	702148032	PILALOA TAMAYO	SERGIO EMILIO	13/1/1968	56						11/12/2024	340011	TIEMPO DE PROTROMBINA (TP)	LAB	HOSPITALIZACION	T009	J939
DICIEMBRE	2024	SPPAT	HOSPITALIZACION	AGREGADO	PASA DE MES	702148032	PILALOA TAMAYO	SERGIO EMILIO	13/1/1968	56						11/12/2024	360015	NITROGENO UREICO (BUN) /UREA	LAB	HOSPITALIZACION	T009	J939
DICIEMBRE	2024	SPPAT	HOSPITALIZACION	AGREGADO	PASA DE MES	702148032	PILALOA TAMAYO	SERGIO EMILIO	13/1/1968	56						11/12/2024	370024	GRUPO SANGUINEO ABO/RH	LAB	HOSPITALIZACION	T009	J939
DICIEMBRE	2024	SPPAT	HOSPITALIZACION	AGREGADO	PASA DE MES	702148032	PILALOA TAMAYO	SERGIO EMILIO	13/1/1968	56						11/12/2024	360016	CREATININA	LAB	HOSPITALIZACION	T009	J939
DICIEMBRE	2024	SPPAT	HOSPITALIZACION	AGREGADO	PASA DE MES	702148032	PILALOA TAMAYO	SERGIO EMILIO	13/1/1968	56						11/12/2024	3214105035	MIDAZOLAM LIQUIDO PARENTERAL	FAH	HOSPITALIZACION	T009	J939
DICIEMBRE	2024	SPPAT	HOSPITALIZACION	AGREGADO	PASA DE MES	702148032	PILALOA TAMAYO	SERGIO EMILIO	13/1/1968	56						11/12/2024	3213305027	CLORURO DE SODIO LQ. PAR. 0.9% F	FAH	HOSPITALIZACION	T009	J939
DICIEMBRE	2024	SPPAT	HOSPITALIZACION	AGREGADO	PASA DE MES	702148032	PILALOA TAMAYO	SERGIO EMILIO	13/1/1968	56						11/12/2024	3213305024	CLORURO DE SODIO LQ. PAR. 0.9% F	FAH	HOSPITALIZACION	T009	J939
DICIEMBRE	2024	SPPAT	HOSPITALIZACION	AGREGADO	PASA DE MES	702148032	PILALOA TAMAYO	SERGIO EMILIO	13/1/1968	56						11/12/2024	3213401007	NOREPINEFRINA LIQUIDO PARENTE	FAH	HOSPITALIZACION	T009	J939
DICIEMBRE	2024	SPPAT	HOSPITALIZACION	AGREGADO	PASA DE MES	702148032	PILALOA TAMAYO	SERGIO EMILIO	13/1/1968	56						11/12/2024	3214003007	ROCURONIO BROMURO LIQUIDO PA	FAH	HOSPITALIZACION	T009	J939
DICIEMBRE	2024	SPPAT	HOSPITALIZACION	AGREGADO	PASA DE MES	702148032	PILALOA TAMAYO	SERGIO EMILIO	13/1/1968	56						11/12/2024	3214102002	MORFINA LIQUIDO PARENTERAL 20	FAH	HOSPITALIZACION	T009	J939
DICIEMBRE	2024	SPPAT	HOSPITALIZACION	AGREGADO	PASA DE MES	702148032	PILALOA TAMAYO	SERGIO EMILIO	13/1/1968	56						11/12/2024	3214003007	ROCURONIO BROMURO LIQUIDO PA	FAH	HOSPITALIZACION	T009	J939
DICIEMBRE	2024	SPPAT	HOSPITALIZACION	AGREGADO	PASA DE MES	702148032	PILALOA TAMAYO	SERGIO EMILIO	13/1/1968	56						11/12/2024	3214101003	FENTANILO LIQUIDO PARENTERAL 0	FAH	HOSPITALIZACION	T009	J939
DICIEMBRE	2024	SPPAT	HOSPITALIZACION	AGREGADO	PASA DE MES	702148032	PILALOA TAMAYO	SERGIO EMILIO	13/1/1968	56						11/12/2024	3214102037	PARACETAMOL LIQUIDO PARENTERA	FAH	HOSPITALIZACION	T009	J939

## Pertinencia Medica Realizada

MES	AÑO	PRESTADOR	DEPENDENCIA	TIPO DE MOVIMIENTO	OBSERVACIÓN (Motivo movimiento)	CCO PASAPORTE DEL ACCIDENTADO (PACIENTE)	APELLIDOS DEL ACCIDENTADO (PACIENTE)	NOMBRES DEL ACCIDENTADO (PACIENTE)	FECHA DE NACIMIENTO DEL ACCIDENTADO (PACIENTE)	EDAD DEL ACCIDENTADO (PACIENTE)	FECHA DEL EVENTO (DEL ACCIDENTE)	HORA	CIUDAD	FECHA DE INGRESO (AÑO/MES/DIA) DEL ACCIDENTADO	FECHA DE EGRESO DEL ACCIDENTADO	FECHA DE PRESTACIÓN	CÓDIGO DE PRESTACIÓN	DESCRIPCION TNPS	TIPO PRESTACIÓN	TIPO DE ATENCIÓN	DIAGNÓSTICO DE INGRESO DEL ACCIDENTADO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO -1	
DICIEMBRE	2024	SPPAT	EMERGENCIA	AGREGADO		550601405	CASCO LOPEZ	WILMER DARIO	8/6/2005	19	4/12/2024	09H00	SALCEDO	5/12/2024	5/12/2024	5/12/2024	99281	VISITA EN EMERGENCIA PARA EVALUACION	HON	EMERGENCIA	V99	S409	
DICIEMBRE	2024	SPPAT	EMERGENCIA	AGREGADO		550601405	CASCO LOPEZ	WILMER DARIO	8/6/2005	19	4/12/2024	09H00	SALCEDO	5/12/2024	5/12/2024	5/12/2024	99252	INTERCONSULTA CONSULTA INICIAL	HON	EMERGENCIA	V99	S409	
DICIEMBRE	2024	SPPAT	EMERGENCIA	AGREGADO		550601405	CASCO LOPEZ	WILMER DARIO	8/6/2005	19	4/12/2024	09H00	SALCEDO	5/12/2024	5/12/2024	5/12/2024	383721	CUBICULO DE EMERGENCIA	INSTITUTO	SEI	EMERGENCIA	V99	S409
DICIEMBRE	2024	SPPAT	EMERGENCIA	AGREGADO		550601405	CASCO LOPEZ	WILMER DARIO	8/6/2005	19	4/12/2024	09H00	SALCEDO	5/12/2024	5/12/2024	5/12/2024	73620	EXAMEN RADIOLOGICO, PIE, POSICION	IMA	EMERGENCIA	V99	S409	
DICIEMBRE	2024	SPPAT	EMERGENCIA	AGREGADO		550601405	CASCO LOPEZ	WILMER DARIO	8/6/2005	19	4/12/2024	09H00	SALCEDO	5/12/2024	5/12/2024	5/12/2024	73120	EXAMEN RADIOLOGICO, MANO, DOS	IMA	EMERGENCIA	V99	S409	
DICIEMBRE	2024	SPPAT	EMERGENCIA	AGREGADO		550601405	CASCO LOPEZ	WILMER DARIO	8/6/2005	19	4/12/2024	09H00	SALCEDO	5/12/2024	5/12/2024	5/12/2024	3214001003	KETOROLACO LIQUIDO PARENTERAL	FAH	EMERGENCIA	V99	S409	
DICIEMBRE	2024	SPPAT	EMERGENCIA	AGREGADO		550601405	CASCO LOPEZ	WILMER DARIO	8/6/2005	19	4/12/2024	09H00	SALCEDO	5/12/2024	5/12/2024	5/12/2024	3214001001	DICLOFENACO SOLIDO ORAL 50 MG	FAH	EMERGENCIA	V99	S409	
DICIEMBRE	2024	SPPAT	EMERGENCIA	AGREGADO		550601405	CASCO LOPEZ	WILMER DARIO	8/6/2005	19	4/12/2024	09H00	SALCEDO	5/12/2024	5/12/2024	5/12/2024	3214102027	PARACETAMOL SOLIDO ORAL 500 MG	FAH	EMERGENCIA	V99	S409	
DICIEMBRE	2024	SPPAT	EMERGENCIA	AGREGADO		550601405	CASCO LOPEZ	WILMER DARIO	8/6/2005	19	4/12/2024	09H00	SALCEDO	5/12/2024	5/12/2024	5/12/2024	73020	EXAMEN RADIOLOGICO, HOMBRO, U	IMA	EMERGENCIA	V99	S409	
DICIEMBRE	2024	SPPAT	EMERGENCIA	AGREGADO		550601405	CASCO LOPEZ	WILMER DARIO	8/6/2005	19	4/12/2024	09H00	SALCEDO	5/12/2024	5/12/2024	5/12/2024	73020	EXAMEN RADIOLOGICO, HOMBRO, U	IMA	EMERGENCIA	V99	S409	
DICIEMBRE	2024	SPPAT	EMERGENCIA	AGREGADO		550601405	CASCO LOPEZ	WILMER DARIO	8/6/2005	19	4/12/2024	09H00	SALCEDO	11/12/2024	11/12/2024	11/12/2024	99283	VISITA EN EMERGENCIA PARA EVALUACION	HON	EMERGENCIA	V98	S420	
DICIEMBRE	2024	SPPAT	EMERGENCIA	AGREGADO		550601405	CASCO LOPEZ	WILMER DARIO	8/6/2005	19	4/12/2024	09H00	SALCEDO	11/12/2024	11/12/2024	11/12/2024	99252	INTERCONSULTA CONSULTA INICIAL	HON	EMERGENCIA	V98	S420	
DICIEMBRE	2024	SPPAT	EMERGENCIA	AGREGADO		550601405	CASCO LOPEZ	WILMER DARIO	8/6/2005	19	4/12/2024	09H00	SALCEDO	11/12/2024	11/12/2024	11/12/2024	383721	CUBICULO DE EMERGENCIA	INSTITUTO	SEI	EMERGENCIA	V98	S420
DICIEMBRE	2024	SPPAT	EMERGENCIA	AGREGADO		550601405	CASCO LOPEZ	WILMER DARIO	8/6/2005	19	4/12/2024	09H00	SALCEDO	11/12/2024	11/12/2024	11/12/2024	3214001002	DICLOFENACO LIQUIDO PARENTERAL	FAH	EMERGENCIA	V98	S420	
DICIEMBRE	2024	SPPAT	EMERGENCIA	AGREGADO		550601405	CASCO LOPEZ	WILMER DARIO	8/6/2005	19	4/12/2024	09H00	SALCEDO	11/12/2024	11/12/2024	11/12/2024	3214001005	IBUPROFENO SOLIDO ORAL 400 MG	FAH	EMERGENCIA	V98	S420	
DICIEMBRE	2024	SPPAT	EMERGENCIA	AGREGADO		550601405	CASCO LOPEZ	WILMER DARIO	8/6/2005	19	4/12/2024	09H00	SALCEDO	11/12/2024	11/12/2024	11/12/2024	3432620076180	JERINGA 5 ML, 21 G, 1 - 1 1/2	IMM	EMERGENCIA	V98	S420	
DICIEMBRE	2024	SPPAT	EMERGENCIA	AGREGADO		550601405	CASCO LOPEZ	WILMER DARIO	8/6/2005	19	4/12/2024	09H00	SALCEDO	11/12/2024	11/12/2024	11/12/2024	73000	EXAMEN RADIOLOGICO, CLAVICULA,	IMA	EMERGENCIA	V98	S420	

## Anexo G: Acta Nro. 7 Implementar un archivo consolidado de listado de pacientes - Acción de Mejora (AM4)

		<b>INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL</b> <b>HOSPITAL GENERAL AMBATO</b> <b>REGISTRO</b> <b>ACTA DE REUNIÓN</b>		Código: IESSGA-GC-RG-AR-001 Versión: 2 Elaborado: 2023 Vigencia: 2025	
INFORMACIÓN GENERAL					
RESPONSABLE: DRA. ERIKA MARTINEZ V.			FIRMA: 		Acta N° 7
FECHA:	11/07/2024	HORA INICIAL	09H00	HORA FINAL	09H45
MOTIVO DE LA REUNIÓN:			FECHA DE PRÓXIMA REUNIÓN		Según la necesidad
IMPLEMENTAR UN ARCHIVO CONSOLIDADO DE LISTADO DE PACIENTES.			ÁREA: AULAS DE DOCENCIA		
ASISTENTES					
CARGO	NOMBRES Y APELLIDOS		FIRMA		
RESPONSABLE DE AUDITORIA MEDICA	DRA. ERIKA MARTINEZ				
RESPONSABLE DE FACTURACION Y PLANILLAJE /ISSFA	ING. CRISTINA VELASQUEZ				
RESPONSABLE DE PLANILLAJE PRESATDOR ISSPOL	ING. JOHANA CASTILLO				
RESPONSABLE DE PLANILLAJE PRESATDOR MSP	PGA. DANIELA MENA				
RESPONSABLE DE PLANILLAJE PRESATDOR SPPAT	ING PAULINA PICO				
MEDICO AUDITOR RESPONSABLE PRESATDOR ISSPOL	DRA. CAROLINA ACOSTA				
MEDICO AUDITOR RESPONSABLE PRESATDOR SPPAT	DRA. DIANA SANTANA				
MEDICO AUDITOR RESPONSABLE PRESATDOR ISSFA	DRA. MAYRA SANTAMARIA				
TEMAS TRATADOS					
Tipo: I-información, D-decisión, A-acción					
#	TIPO (IDA)	ACTIVIDAD	ENCARGADO	FECHA DE CUMPLIMIENTO	
1	I	Se realiza una reunión con el personal del área de facturación y auditoria médica donde la Dra. Erika Martinez indica implementar un listado consolidado definitivo con el fin de evitar falta de pacientes de los diferentes presatdores (MSP- ISSFA- ISSPOL-SPPAT).	DRA. ERIKA MARTINEZ		

2	D-A	La Ing. Cristina Velásquez indica que para realizar un listado único se realizará una rectificación y ratificación de pacientes en el archivo plano confirmando su cobertura	ING. CRISTINA VELASQUEZ	
3	D-A	La Ing. Cristina Velásquez indica que una vez que llegue el archivo plano cada mes conjuntamente con el listado de pacientes entregados por el área de estadística, se realizará una matriz consolidada misma que será entregada a la responsable de auditoría médica mediante gestión documental (Quipux) y a su personal a cargo.	ING. CRISTINA VELASQUEZ	MENSUAL
4	D-A	La Ing. Paulina Pico indica que con ese consolidado permitirá facilitar la clasificación de pacientes por cobertura permitiendo entregar el listado definitivo de cada presatdor y trabajar conjuntamente con su planilladora.	ING. JOHANA CASTILLO. PGA. DANIELA MENA ING. PAULINA PICO	MENSUAL
5	A	La responsable del área de auditoría médica enviará un Memorando haciendo referencia al Memorando entregado por facturación, con el fin de dar inicio a pertinencia médica.	DRA. ERIKA MARTINEZ	MENSUAL
REQUERIMIENTOS URGENTES		RESPONSABLES		FECHA DE CUMPLIMIENTO
<b>OBSERVACIONES:</b> La responsable de Auditoría médica y la responsable del Área de Facturación conjuntamente con el personal a su cargo llegan al siguiente acuerdo según el acta N° 7 donde se menciona: Implementar un archivo consolidado de pacientes para evitar ausencia y errores en los listados de los diferentes prestadores (MSP- ISSFA- ISSPOL-SPPAT); mediante la entrega por parte de la responsable de facturación y planillaje (Ing. Cristina Velásquez) de un archivo consolidado enviado por gestión documental (Quipux) a la responsable de Auditoría médica, misma que será socializada mediante Memorando a su personal a cargo para dar inicio a la pertinencia médica				

## Matriz Consolidada

FECHA	HCU	CÉDULA	NOMBRE	TIPO BENEFICIARIO ESTADISTICA	SPPAT	MSP	ISSPOL	ISSFA	TIPO BENEFICIARIO RPIS RATIFICADO/RECTIFICADO	DEPENDENCIAS	DESDE - HASTA	ENTREGA	OBSERVACIONES	OTROS
28-Mar-2025	99591731	1803094562	ACHACHI MORETA NELSON ELIAS	MSP/CV		X				EMERGENCIAS				FALLECIDO
24-Mar-2025	99500298	1804716510	ACURIO PAZMIÑO JESSICA PAOLA	MSP/SG		X				EMERGENCIAS				
28-Mar-2025	555983	1801839646	AGUALONGO ALDAZ MERCEDES ELEVACION	SPPAT/CY	X					EMERGENCIAS				
6-Mar-2025	99711508	1804432753	AGUALONGO CHANGO LUIS GABRIEL	ZA		X				EMERGENCIAS				
29-Mar-2025	688602	1801627736	AGUALONGO TISALEMA ERLINDA MERCEDES	XA			X			EMERGENCIAS				
15-Mar-2025	622413	1804477261	AGUILAR BOLAÑOS ERICK SANTIAGO	MSP/CV		X				EMERGENCIAS				
6-Mar-2025	42138	1801717321	AGUILAR MYRIAM GRACIELA	SPPAT/JU	X					EMERGENCIAS				
24-Mar-2025	99604914	1002918611	ALBAN CANCHIGÑA JUAN CARLOS	ZA		X				TRAUMATOLOGIA ORTOPEdia (CE)				