

**ANÁLISIS Y OBSERVACIONES AL ACUERDO MINISTERIAL N°.
091-2017, CON EL QUE SE APRUEBA LA “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”.**

NOVIEMBRE, 2017.

INFORME FINAL

I. ANTECEDENTES

- A. La Asamblea Nacional del Ecuador aprobó la Ley Orgánica que Regula a las Compañías que Financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que Oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica, en adelante LOSAIP, en el mes de octubre de 2016. Dicha Ley entró plenamente en vigencia en el mes de abril de 2017 y en su disposición Quinta determinó que: “Las compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada o de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, deberán cancelar o reembolsar a la institución de la Red Pública Integral de Salud, los montos o valores que por atenciones médicas en sus unidades se hayan efectuado a personas que también sean titulares y/o beneficiarios de seguro privado de salud y/o medicina prepagada, hasta el monto de lo contratado.”
- B. El Presidente de la República emitió el Reglamento General a la indicada Ley en el mes de febrero de 2017, cuya Disposición Transitoria Segunda establece que: “Autoridad Sanitaria Nacional, en el plazo de hasta ciento veinte días contados a partir de la publicación de este Reglamento en el Registro Oficial, expedirá la normativa necesaria para determinar los procedimientos, mecanismos y sistemas que, de manera progresiva y en consideración a su capacidad de pago, se requiera para efectuar la determinación de los montos que las empresas de salud prepagada o de seguro privado deban cancelar a las instituciones de la Red Pública Integral de Salud, de conformidad a lo dispuesto en la Disposición General Quinta de la Ley Orgánica que Regula a las Compañías que Financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que Oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica.”.
- C. La Autoridad Sanitaria Nacional, ha cumplido con parte del objetivo de dicha Disposición Transitoria y para ello ha emitido el Acuerdo Ministerial No. 091-2017, con el que se aprueba la “Norma Técnica Sustitutiva de Relacionamento 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” que deroga la misma norma técnica publicada en el Registro Oficial 835 del 17 de enero de 2017.
- D. La Asociación Nacional de Clínicas y Hospitales Privados del Ecuador ha considerado necesario revisar dicha norma y que se realicen las observaciones pertinentes de cara a los nuevos riesgos y contingentes que la misma ha creado para el sector de los prestadores privados de servicios de salud del Ecuador.

II. RESUMEN EJECUTIVO DE LAS PRINCIPALES OBSERVACIONES

- A. La norma 091-2017, incluye a las compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros que oferten cobertura y de seguros de asistencia médica en el ámbito de aplicación, lo cual pauta la obligatoriedad de cumplimiento de lo dispuesto en la normativa expedida, para el sector financiador/asegurador privado.

- B. El Capítulo VII de la señalada Norma describe el proceso de relacionamiento de las Compañías de Salud Integral Prepagada y/o Seguros con el Sistema Nacional de Salud. Este capítulo reglamenta el artículo 5 y la Disposición General Cuarta de la LOSAIP, respecto de su calidad de financiadores dentro de ese Sistema. Del mismo modo, la Sección Quinta del Capítulo IV reglamenta la Disposición General Quinta de la misma Ley, en lo que se refiere a pacientes derivados desde la Red Pública Integral de Salud a prestadores privados, denominados Red Privada Complementaria, cuando aquellos tengan contratados planes de salud prepagada y/o seguros.
- C. La Sección II del Capítulo VII de la Norma establece el proceso de relacionamiento de las compañías de salud prepagada y seguros con los prestadores de la Red Pública Integral de Salud, que sería de la siguiente manera: las atenciones de pacientes que tengan contratados planes de salud integral prepagada y/o seguros, que sean atendidas en la Red Pública Integral de Salud, serán planilladas por los prestadores públicos o privados en casos de derivación; el pago inicialmente lo realizarán los financiadores o aseguradores públicos y luego recuperarán el valor que corresponda a las Compañías de Salud Integral Prepagada y Seguros, conforme el plan y montos contratados. Sin embargo de lo expuesto, otros artículos de la Norma, específicamente los artículos: 24, 27 y 37, último inciso, 102, literal b) podrían permitir que los prestadores soliciten a los financiadores o aseguradores privados el pago de manera directa, que es la forma correcta que debe operar.
- D. La norma 091-2017, establece en lo relativo a la auto-derivación, que cuando un usuario/paciente cuenta con la cobertura de un financiador/asegurador público y al mismo tiempo dispone de un seguro o plan de medicina prepagada, puede auto derivarse a un prestador privado, con la salvedad de que al término de su cobertura privada, tendría que asumir personalmente los valores que se generen por encima de la cobertura privada contratada. En cambio, si el usuario/paciente ingresa al sistema por un prestador público y éste lo atiende, se le descontará el costo de la atención de su cobertura privada y cuando ésta se agote continuará siendo cubierto por los financiadores/aseguradores públicos.

Frente a este planteamiento ACHPE considera que se debe respetar de forma absoluta la libre elección de las personas de poder escoger el prestador de salud que más le convenga, en el que tenga confianza o al que simplemente desee acudir. El artículo 66 de la Constitución en sus numerales 10 y 25 establece: “El derecho a tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre su salud (...)” y “El derecho a acceder a bienes y servicios públicos y privados de calidad, con eficiencia, eficacia y buen trato, así como a recibir información adecuada y veraz sobre su contenido y características”. En consecuencia consideramos que la auto-derivación debe ser entendida desde una visión del derecho de los usuarios.

- E. Cuando se trate de atenciones brindadas por un prestador de salud privado y éste verifique que el usuario/paciente cuenta con cobertura de un financiadores/asegurador privado, el prestador privado o el usuario, debería recuperar los valores de forma directa, ya sea de acuerdo a los convenios mantenidos con las Compañías de Salud Integral Prepagada o de Seguros que Oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica, a los precios del mercado privado. En estos casos no debería aplicarse el Tarifario de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

- F. Como dispone el artículo 95 todos los pagos deberán realizarse aplicando el Tarifario Nacional de Prestaciones, lo que trae consigo el problema de que financiadores o aseguradores privados paguen a prestadores privados con tarifas mucho más bajas que las del mercado e inclusive que la de los convenios que puedan tener con esas empresas privadas.
- G. Las cuotas moderadoras, que consisten en co-pagos y/o deducibles, son acordados entre las compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros que oferten cobertura y de seguros de asistencia médica en el ámbito de aplicación con sus respectivos clientes. Estas cuotas moderadoras, que constan en los planes y programas, son aprobadas por la Superintendencia de Compañías. En este sentido, la “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” que consta en el Acuerdo Ministerial No. 0091-2017, y específicamente el artículo 96, establece que “no se reconocerán copagos, ni cuotas moderadoras”.

El artículo 362 de la Constitución de la República del Ecuador, establece que “La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. (...). Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.”. En este sentido, consideramos que el hecho de no reconocer las cuotas moderadoras, los co-pagos y los deducibles que acordaron lícitamente los clientes de las financiadoras/aseguradoras privadas, va en contra de lo establecido en la Constitución y por ende no haría efectiva la gratuidad de la salud. El objetivo de la norma debe ser que el usuario/paciente, no erogue fondos de su patrimonio para atender sus temas de salud.

III. ANÁLISIS Y OBSERVACIONES DE LOS PRINCIPALES CONTINGENTES CREADOS POR LA NUEVA NORMA PARA LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PRIVADOS

A. OBSERVACIONES RELATIVAS AL PROCESO DE RELACIONAMIENTO Y FORMAS DE PAGO Y FINANCIAMIENTO.

ARTÍCULO 1

Artículo Observado:

Art. 1.- Objeto.- Normar los procedimientos administrativos del relacionamiento interinstitucional por derivación de usuarios/pacientes, que garanticen el acceso universal, oportuno y equitativo a las prestaciones de salud en los establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria.

Fundamento técnico de la reforma:

El verdadero objeto del artículo es el de normar los procedimientos de relacionamiento entre las instituciones financiadoras y aseguradores públicos, los prestadores públicos, los prestadores privados (Red Privada Complementaria) y los financiadores y aseguradores privados. Conforme la redacción actual, se descuida del Objeto, a los financiadores/aseguradores privados, lo que durante el resto de la norma produce confusiones, pues la primera parte de la norma, aparentemente, solo regula la relación financiador público-prestador privado, sin embargo, luego se encuentran disposiciones que también serían aplicables a los financiadores/aseguradores privados, por lo que se sugeriría incluir a todos esos actores en el objeto de la norma.

El artículo 362 de la Constitución de la República dispone que la atención en salud como servicio público se brindará, entre otras a través de de las entidades estatales, privadas, autónomas, garantizando la calidad y calidez, así mismo que los servicios públicos de salud serán universales y gratuitos, por lo que en su relacionamiento con el sector privado los mismos deben garantizar los mismos principios a fin de que el usuario o paciente reciba esa atención sin pagos de bolsillo adicionales, para ello es necesario articular la red de financiadores públicos y privados con las redes de prestadores de servicios de salud públicos y privados, por dicha razón, adicionalmente sugerimos que se incluya el principio de gratuidad.

Propuesta de reforma:

Art. 1.- Objeto.- Normar los procedimientos de relacionamiento de los aseguradores/financiadores públicos y privados, entre sí, y de éstos con los prestadores de salud públicos y privados, a fin de garantizar el acceso universal y gratuito de la ciudadanía a las prestaciones de servicios de salud en la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria.

ARTÍCULO 2

Artículo Observado:

Art. 2.- Ámbito.- Esta norma es de aplicación obligatoria para todos los financiadores/aseguradores y prestadores de servicios de salud de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria, el Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito -SPPAT- y compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros que oferten cobertura y de seguros de asistencia médica en su relacionamiento con las instituciones de la Red Pública Integral de Salud y sus usuarios.

Se aplicará en todo el territorio ecuatoriano. Para casos de derivación internacional se utilizará la Norma específica para la materia, emitida por la Autoridad Sanitaria Nacional.

Fundamento técnico de la reforma:

En concordancia con la reforma propuesta en el artículo 1, se debe reformar el artículo 2 para que exista correspondencia. Adicionalmente, se pretende unificar la terminología usada a lo largo de la norma.

Propuesta de reforma:

Art. 2.- Ámbito.- Esta norma es de aplicación obligatoria para todos los financiadores/aseguradores públicos y privados, así como para los prestadores de servicios de salud públicos y privados y el Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito – SPPAT.

Se aplicará en todo el territorio ecuatoriano. Para casos de derivación internacional se utilizará la Norma específica para la materia, emitida por la Autoridad Sanitaria Nacional.

AGREGAR UN ARTÍCULO INNUMERADO

Fundamento técnico de la reforma:

La norma técnica debe contar con un glosario de definiciones que permita a cualquier persona entender el sentido técnico de los términos.

Se recomienda agregar un artículo innumerado a continuación del artículo 2

Art.- (...)- Glosario:

Financiadores/Aseguradores: se entiende como tal a las entidades públicas o privadas que por mandato de la ley o por acuerdo privado, deben asumir el financiamiento de las prestaciones de salud brindadas a sus beneficiarios.

Prestador de servicios de salud: públicos y privados: Profesional, establecimiento de salud o transporte sanitario, legalmente autorizados, que hayan brindado servicios de salud a uno de los beneficiarios o pacientes de las instituciones de la Red Pública Integral de Salud.

Cuotas moderadoras: valores económicos que deben asumir los usuarios o afiliados de una compañía de salud integral prepagada o de seguros que oferten asistencia médica, por una prestación de salud que haya sido cubierta por dichas compañías. Se entenderá por cuotas moderadoras a los co-pagos y deducibles.

Excedente: Es el monto o valor que se produce cuando el valor de una prestación de salud otorgada al usuario/paciente, supera el monto de cobertura estipulado en un plan de atención integral de salud prepagada o en un plan de asistencia médica de una compañía de seguros; o, al monto de cobertura establecido en el Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito (SPPAT), que será asumido por el financiador o asegurador público encargado del paciente, conforme lo dispuesto en la presente norma, dicho valor incluirá el pago de cuotas moderadoras o deducibles."

Derivación: Esta definición no debe incluirse pues la misma se encuentra en la Norma de Derivación, referencia y contra-referencia y es la siguiente: "el procedimiento por el cual los prestadores de salud envían a los usuarios de cualquier nivel de atención a un prestador externo público (Red Pública Integral de Salud) o privado (Complementario) del mismo o mayor nivel de atención y/o de complejidad, cuando la capacidad instalada del

establecimiento o de la entidad a la que pertenece no permite resolver el problema de salud, por la que se le envía, buscando la complementariedad de los servicios previa la autorización correspondiente."

Auto – derivación: Se considera cuando un paciente llega a un establecimiento de salud público o privado sin un proceso previo de derivación, haciendo uso de su legítimo derecho a la libre elección.

ARTÍCULO 3

Norma observada:

Art. 3.- Beneficiarios.- Los beneficiarios de las prestaciones de salud son: los usuarios/pacientes de los servicios de salud, independientemente de su pertenencia o no a un régimen de aseguramiento en salud público o privado,

En este contexto, corresponde el financiamiento de la prestación de salud, a las siguientes entidades:

1. Al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social-IESS:
 - a. Afiliados al Seguro General Obligatorio;
 - b. Afiliados al Seguro Social Campesino y sus dependientes acreditados;
 - c. Hijos de afiliados, hasta los 18 años de edad;
 - d. Jubilados;
 - e. Beneficiarios de Montepío por orfandad, hasta los 18 años;
 - f. Beneficiarios de Montepío por viudez que aporten para la cobertura de salud; y,
 - g. La jefa de hogar con cargo a la contribución obligatoria del Estado.

2. Al Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas-ISSFA:
 - a. Militar en servicio activo;
 - b. Militar en servicio pasivo que cumple con todos los requisitos legales y es calificado como pensionista; y,
 - c. Aspirantes a oficiales y tropa y los conscriptos en las condiciones establecidas en la Ley;
 - d. Ex combatientes de pensionista de la Campaña de 1941 y sus viudas;
 - e. Familiares dependientes y los derecho habientes, calificados como tales, de conformidad con la Ley:
 - Cónyuge o persona que mantiene con el militar unión de hecho, legalmente registrada;
 - Hijos menores de edad del militar;
 - Hijos solteros hasta los veinte y cinco (25) años de edad, siempre que probaren anualmente hallarse estudiando en establecimientos reconocidos por el Estado y no mantengan relación laboral, ni renta propia;
 - Hijos mayores de edad, incapacitados en forma total y permanente, que no dispongan de renta propia; y,
 - Padres del militar, que dependan económicamente del mismo, para los efectos del seguro de enfermedad y maternidad.
 - f. Pensionistas de montepío.

3. Al Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional ISSPOL:
 - a. Asegurado en servicio activo;
 - b. Asegurado en servicio pasivo calificado como pensionista;
 - c. Aspirantes a oficial y a policía; siniestrados en actos del servicio;
 - d. Cónyuge o persona que mantiene unión de hecho con el asegurado, legalmente registrada;
 - e. Hijos menores de edad del asegurado;
 - f. Hijos mayores de edad del asegurado, incapacitados en forma total y permanente, que no dispongan de renta propia;
 - g. Padres que dependan del asegurado; y,
 - h. Beneficiarios de montepío.

4. Al Ministerio de Salud Pública-MSP:
 - a. Población que no cuente con afiliación registrada y/o derecho de cobertura en el Seguro General Obligatorio del IESS, Seguro Social Campesino, Seguridad Social de las Fuerzas Armadas o Seguridad Social de la Policía Nacional;
 - b. Población que siendo afiliada activa aún no supera el tiempo de espera para acceder a la prestación definida en el artículo 107 de la Ley de Seguridad Social;
 - c. Personas que no cuentan con cobertura de compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros que oferten cobertura y de seguros de asistencia médica; y, que tampoco cuentan con afiliación a la Seguridad Social;
 - d. Aspirantes a oficiales, tropa y conscriptos de las Fuerzas Armadas y los aspirantes a oficiales y tropa de la Policía Nacional, que no cuenten con cobertura de compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros que oferten cobertura y de seguros de asistencia médica, para la atención de enfermedades comunes y/o accidente no laboral;
 - e. Personas que han sufrido un accidente de tránsito, cuya atención de salud supere el monto de cobertura otorgado en el Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito-SPPAT; que no cuentan con cobertura de compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros que oferten cobertura y de seguros de asistencia médica y, que no tengan cobertura de la seguridad social;
 - b. Trabajador/a o servidor/a que solicite licencia no remunerada por maternidad o paternidad, una vez que haya concluido la licencia de maternidad o paternidad, desde el día 85, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 5 y 8 de la "Ley Orgánica para la Promoción del Trabajo Juvenil, Regulación Excepcional de la Jornada de Trabajo, Cesantía y Seguro de Desempleo";
 - c. Trabajadores y trabajadoras del hogar no remunerados, afiliados al IESS, que no aportan para acceder a la cobertura del Seguro General de Salud Individual y Familiar;
 - d. Hijas de afiliados a la Seguridad Social del IESS, del ISSFA o del ISSPOL, para la contingencia de maternidad;
 - i. Prestaciones de maternidad de afiliadas a los seguros sociales o con cobertura de compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada y seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, en el tiempo de espera o en los períodos de carencia, o en caso de que de acuerdo a las condiciones del plan contratado, no tengan esta cobertura; y,
 - j. Extranjeros que no han obtenido residencia temporal o definitiva.

5. Al Servicio Público para Pagó de Accidentes de Tránsito-SPPAT, a:

Toda persona que ha sufrido un accidente de tránsito en el territorio nacional, con cobertura hasta el monto establecido.

Fundamento técnico

La norma regula las coberturas que deberán pagar las compañías de salud prepagada o las de seguros que oferten coberturas de seguros de asistencia médica, no menciona quienes serían los beneficiarios del financiamiento por parte de esas compañías, por lo que debería contemplar la indicación precisa de quienes serán esos beneficiarios, con la finalidad de garantizar el derecho a la salud reconocido en la Constitución de la República del Ecuador.

Adicionalmente, se recomienda agregar un artículo que defina quiénes son los financiadores/aseguradores.

El artículo 2 de la Ley de Seguridad Social, determina quienes son los sujetos de protección del sistema de seguridad social general, del mismo modo, los artículos 16 y 19 de la Ley Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional, respectivamente, determinan quienes los asegurados de dichos sistemas de seguridad social, el numeral 2 del artículo 35 de la LOSAIP, determina que es obligación de las Compañías otorgar el financiamiento de las coberturas de los planes y contratos, por lo que en el pretendido sistema de articulación público privado de la norma debe quedar claramente descrito, quien es el beneficiario de cada uno de esos sistemas de financiamiento o aseguramiento.

Propuesta de reforma:

Art. 3.- Beneficiarios.- Se considera beneficiarios de las prestaciones de salud, a aquellos usuarios/pacientes de los servicios de salud, que hayan recibido efectivamente dichas prestaciones, independientemente de su pertenencia o no a un régimen de aseguramiento en salud público o privado.

Art.- (...) Financiadores/Aseguradores.- Corresponde el financiamiento de las prestaciones de salud brindadas a los beneficiarios, bajo las regulaciones establecidas en la presente norma, a las siguientes entidades:

1. Al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social-IESS, respecto de:

- a. Afiliados al Seguro General Obligatorio;
- b. Afiliados al Seguro Social Campesino y sus dependientes acreditados;
- c. Hijos de afiliados, hasta los 18 años de edad;
- d. Jubilados;
- e. Beneficiarios de Montepío por orfandad, hasta los 18 años;
- f. Beneficiarios de Montepío por viudez que aporten para la cobertura de salud; y,
- g. La jefa de hogar con cargo a la contribución obligatoria del Estado.
- h. Personas que hayan contratado planes o contratos de salud prepagada o de seguros de asistencia médica, cuando acudan a prestadores de la Red Pública Integral de Salud o cuando sean atendidos por prestadores de la Red Pública Complementaria (RPC), previa derivación, conforme la presente Norma. La cobertura financiera de estas personas se realizará conforme las condiciones del

contrato y hasta el límite de lo contratado. En caso que la prestación de salud supere el monto de la cobertura contratada y por ende se genera un excedente, siempre que el beneficiario también con cobertura del IESS.

2. Al Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas-ISSFA, respecto de:

- a. Militar en servicio activo;
- b. Militar en servicio pasivo que cumple con todos los requisitos legales y es calificado como pensionista;
- c. Aspirantes a oficiales y tropa y los concriptos en las condiciones establecidas en la Ley;
- d. Ex combatientes de pensionista de la Campaña de 1941 y sus viudas;
- e. Familiares dependientes y los derecho habientes, calificados como tales, de conformidad con la Ley:
 - i. Cónyuge o persona que mantiene con el militar unión de hecho, legalmente registrada.
 - ii. Hijos menores de edad del militar;
 - iii. Hijos solteros hasta los veinte y cinco (25) años de edad, siempre que probaren anualmente hallarse estudiando en establecimientos reconocidos por el Estado y no mantengan relación laboral, ni renta propia;
 - iv. Hijos mayores de edad, incapacitados en forma total y permanente, que no dispongan de renta propia; y,
 - v. Padres del militar, que dependan económicamente del mismo, para los efectos del seguro de enfermedad y maternidad.
- f. Pensionistas de montepío.
- g. Personas que hayan contratado planes o contratos de salud prepagada o de seguros de asistencia médica, cuando acudan a prestadores de la Red Pública Integral de Salud o cuando sean atendidos por prestadores de la Red Pública Complementaria (RPC), previa derivación, conforme la presente Norma. La cobertura financiera de estas personas se realizará conforme las condiciones del contrato y hasta el límite de lo contratado. En caso que la prestación de salud supere el monto de la cobertura contratada y por ende se genera un excedente, siempre que el beneficiario también con cobertura del ISSFA.

3. Al Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional ISSPOL, respecto de:

- a. Asegurado en servicio activo;
- b. Asegurado en servicio pasivo calificado como pensionista;
- c. Aspirantes a oficial y a policía; siniestrados en actos del servicio;
- d. Cónyuge o persona que mantiene unión de hecho con el asegurado, legalmente registrada;
- e. Hijos menores de edad del asegurado;
- f. Hijos mayores de edad del asegurado, incapacitados en forma total y permanente, que no dispongan de renta propia;
- g. Padres que dependan del asegurado; y,
- h. Beneficiarios de montepío.
- i. Personas que hayan contratado planes o contratos de salud prepagada o de seguros de asistencia médica, cuando acudan a prestadores de la Red Pública Integral de Salud o cuando sean atendidos por prestadores de la Red Pública Complementaria (RPC), previa derivación, conforme la presente Norma. La cobertura financiera de estas personas se realizará conforme las condiciones del

contrato y hasta el límite de lo contratado. En caso que la prestación de salud supere el monto de la cobertura contratada y por ende se genera un excedente, siempre que el beneficiario también con cobertura del ISSPOL.

4. Al Ministerio de Salud Pública-MSP, respecto de:

- a. Población que no cuente con afiliación registrada y/o derecho de cobertura en el Seguro General Obligatorio del IESS, Seguro Social Campesino, Seguridad Social de las Fuerzas Armadas o Seguridad Social de la Policía Nacional;
- b. Población que siendo afiliada activa aún no supera el tiempo de espera para acceder a la prestación definida en el artículo 107 de la Ley de Seguridad Social;
- c. Personas que no cuentan con cobertura de compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros que oferten cobertura y de seguros de asistencia médica; y, que tampoco cuentan con afiliación a la Seguridad Social;
- d. Aspirantes a oficiales, tropa y concriptos de las Fuerzas Armadas y los aspirantes a oficiales y tropa de la Policía Nacional, que no cuenten con cobertura de compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros que oferten cobertura y de seguros de asistencia médica, para la atención de enfermedades comunes y/o accidente no laboral;
- e. Personas que han sufrido un accidente de tránsito, cuya atención de salud supere el monto de cobertura otorgado en el Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito-SPPAT; que no cuentan con cobertura de compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros que oferten cobertura y de seguros de asistencia médica y, que no tengan cobertura de la seguridad social;
- f. Trabajador/a o servidor/a que solicite licencia no remunerada por maternidad o paternidad, una vez que haya concluido la licencia de maternidad o paternidad, desde el día 85, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 5 y 8 de la "Ley Orgánica para la Promoción del Trabajo Juvenil, Regulación Excepcional de la Jornada de Trabajo, Cesantía y Seguro de Desempleo";
- g. Trabajadores y trabajadoras del hogar no remunerados, afiliados al IESS, que no aportan para acceder a la cobertura del Seguro General de Salud Individual y Familiar;
- h. Hijas de afiliados a la Seguridad Social del IESS, del ISSFA o del ISSPOL, para la contingencia de maternidad;
- i. Prestaciones de maternidad de afiliadas a los seguros sociales o con cobertura de compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada y seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, en el tiempo de espera o en los períodos de carencia, o en caso de que de acuerdo a las condiciones del plan contratado, no tengan esta cobertura; y,
- j. Extranjeros que no han obtenido residencia temporal o definitiva.
- k. Personas que hayan contratado planes o contratos de salud prepagada o de seguros de asistencia médica, cuando acudan a prestadores de la Red Pública Integral de Salud o cuando sean atendidos por prestadores de la Red Pública Complementaria (RPC), previa derivación, conforme la presente Norma. La cobertura financiera de estas personas se realizará conforme las condiciones del contrato y hasta el límite de lo contratado. En caso que la prestación de salud supere el monto de la cobertura contratada y por ende se genera un excedente, siempre que el beneficiario también con cobertura del MSP.

5. **Al Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito-SPPAT, respecto de:**
 - a. Toda persona que ha sufrido un accidente de tránsito en el territorio nacional, con cobertura hasta el monto establecido.

6. **Compañías que Financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y/o de Seguros que Oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica, respecto de:**
 - a. Personas que hayan contratado planes o contratos de salud prepagada o de seguros de asistencia médica, cuando acudan a prestadores de la Red Pública Integral de Salud o cuando sean atendidos por prestadores de la Red Pública Complementaria (RPC), previa derivación, conforme la presente Norma. La cobertura financiera de estas personas se realizará conforme las condiciones del contrato y hasta el límite de lo contratado.

ARTÍCULO 6

Norma Observada:

“Art. 6.- Gratuidad.- Los prestadores de servicios de salud que reciban usuarios/pacientes por derivación de la Red Pública Integral de Salud, brindarán la atención sin requerir ningún pago, abono a cuenta, garantía o algún otro tipo de compromiso económico como: cheque, letra de cambio, contrato, voucher de tarjeta de crédito o equivalentes, ni siquiera como contribución voluntaria.

Igualmente, los prestadores de servicios de salud no podrán solicitar a los usuarios/pacientes de la Red Pública Integral de Salud, que realicen adquisiciones directas o por terceros, de medicamentos o dispositivos médicos, o el pago por algún servicio brindado. Esto incluye los diferentes componentes sanguíneos.”

Fundamento Técnico:

La gratuidad de la atención en salud en los establecimientos de salud públicos, como principio constitucional recogido en el artículo 362 y 366 de la Constitución de la República, debe entenderse como la inexistencia de un pago por parte de los usuarios por las prestaciones de salud recibidas.

Los usuarios que hayan acordado cuotas moderadoras (co-pago o deducibles) con Compañías que Financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y/o de Seguros que Oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica, y que acudan a la Red Pública Integral de Salud, no pueden estar sujetos a pago de cuotas moderadoras (co-pago y deducibles); en este mismo sentido, los financiadores/aseguradores públicos, deben reconocer a las Compañías que Financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y/o de Seguros que Oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica, los valores por cuotas moderados (co-pago y deducibles) que hayan sido pactados entre privados, para aplicar efectivamente el principio constitucional de gratuidad.

El artículo 96 de esta norma establece en su último inciso que las Instituciones de la Red Pública no reconocerán copagos o cuotas moderadoras. Esta disposición se contrapone a lo dicho anteriormente y por ende a la Constitución.

Esto significa que el pago que realice un usuario a un financiador/asegurador privado y que de acuerdo a la norma 091-2017 sea transferido desde un financiador/asegurador privado a un financiador/asegurador público, implica una vulneración frontal al principio de gratuidad establecido en la Constitución.

Propuesta de reforma:

Art. 6.- Gratuidad.- Los prestadores de servicios de salud, públicos o privados, que reciban usuarios/pacientes por referencia o derivación de la Red Pública Integral de Salud, brindarán la atención sin requerir ningún pago, abono a cuenta, garantía o algún otro tipo de compromiso económico como: cheque, letra de cambio, contrato, voucher de tarjeta de crédito o equivalentes, ni siquiera como contribución voluntaria.

Igualmente, los prestadores de servicios de salud públicos o privados no podrán solicitar a los usuarios/pacientes de la Red Pública Integral de Salud, que realicen adquisiciones directas o por terceros, de medicamentos o dispositivos médicos, o el pago por algún servicio brindado. Esto incluye los diferentes componentes sanguíneos.

Los financiadores y aseguradores públicos o privados no podrán exigir el pago de ninguna tarifa o cuota adicional a los usuarios que hayan sido atendidos en aplicación de la presente norma. En caso de existir cuotas moderadoras (co-pagos y deducibles) acordadas entre las compañías de salud prepagada o de seguros de asistencia médica y los usuarios, la Institución de la Red Pública Integral de Salud, aplicará los mecanismos de coordinación de beneficios a fin de garantizar la cobertura gratuita en los establecimientos públicos o en los privados, cuando haya mediado la respectiva derivación.

En el caso de autoderivación, la cuota moderadora deberá ser asumida por el usuario/paciente.

ARTÍCULO 8

Norma Observada:

“Art. 8.- Remoción de obstáculos.- Los procedimientos administrativos no serán utilizados para dificultar, demorar, evitar o negar la atención de los usuarios/pacientes, en consecuencia:

- b) En el caso que se requiera otorgar una prestación de salud indispensable para el adecuado manejo del usuario/paciente, la cual no haya sido autorizada inicialmente por el establecimiento de salud que deriva, el establecimiento de salud receptor procederá a dar la atención integral necesaria para salvaguardar la vida e integridad del paciente, sea o no una situación o prestación de emergencia o urgencia. En el respectivo trámite, se enviará a la entidad financiadora un informe técnico para regularizar la prestación de salud otorgada.

Fundamento técnico:

Con el fin de delimitar el alcance de la ampliación de la derivación, es necesario realizar un ajuste a la norma. La ampliación de la derivación debe ser un tema manejado cuidadosamente por parte de los prestadores de servicios de salud públicos y privados, con la finalidad de evitar dificultades en el proceso de auditoría de la calidad de la facturación, lo que afectaría el reconocimiento económico y el tiempo de recuperación de los valores por las prestaciones efectivamente brindadas.

Propuesta de reforma:

Art. 8.- Remoción de obstáculos.- Los procedimientos administrativos no serán utilizados para dificultar, demorar, evitar o negar la atención de los usuarios/pacientes, en consecuencia:

- a) La falta de documentación, el envío de documentación incompleta o de documentación mal llenada, no será causa de demora para la atención o rechazo del usuario/paciente. Una vez ingresado el usuario/paciente, el establecimiento prestador de salud requerirá al establecimiento de salud que lo deriva, complete los documentos pertinentes, según lo previsto en la presente Norma.

En ningún caso se solicitará al usuario/paciente, sus familiares o acompañantes, realizar gestión alguna para completar la documentación.

- b) En el caso que se requiera otorgar una prestación de salud indispensable para el adecuado manejo del usuario/paciente, la cual no haya sido autorizada inicialmente por el establecimiento de salud que deriva, pero que se encuentre relacionada con el motivo de la derivación, el establecimiento de salud receptor procederá a dar la atención integral necesaria para salvaguardar la vida e integridad del paciente, sea o no una situación o prestación de emergencia o urgencia. En el respectivo trámite, se enviará a la entidad financiadora un informe técnico para regularizar la prestación de salud otorgada, cuya cobertura no podrá ser negada y se deberá pagar conforme la presente norma y en los tiempos previstos.
- c) Los establecimientos de salud brindarán la atención al usuario/paciente por la patología por la que fue derivado, así como por las patologías concurrentes, agudas, crónicas o que aparecieran mientras se encuentra ingresado en ese establecimiento de salud. En el respectivo trámite, se enviará a la entidad financiadora un informe técnico para regularizar la prestación de salud otorgada.
- d) Los establecimientos prestadores de servicios de salud, están obligados a mantener la atención de aquellos usuarios/pacientes que son beneficiarios de un financiador/asegurador de un subsistema diferente, pero que son habitúes de ese prestador; tal la situación de cónyuges de militares o de policías, que son a la vez titulares del IESS, y que son usuarios/as de los servicios de salud de las Fuerzas Armadas o de la Policía Nacional; en tales casos los prestadores de servicios deben mantener la atención de los/las pacientes y el financiador/asegurador público deberá reconocer el valor generado por la prestación sanitaria. No se requiere presentación de código de validación, ni de formulario 053.

- e) No se negará la atención en salud en las auto derivaciones al servicio de emergencia o al Primer Nivel, en las instituciones de la Red Pública Integral de Salud por causa de falta de documentos de identificación, o porque el paciente pertenezca a otro subsistema.

El incumplimiento de estas disposiciones será sancionado conforme a la normativa vigente.

ARTÍCULO 17

Norma Observada:

Art. 17.- Código de validación.- Es el registro alfa numérico, emitido de forma física o electrónica por el financiador/asegurador, mediante el cual autoriza al establecimiento de la Red Privada Complementaria, la entrega de una prestación o servicio de salud a su beneficiario.

El código que emita 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. Por tanto, es obligatorio para la Institución financiadora/aseguradora, aceptar el código dado como habilitante del pago.

Fundamento técnico:

La norma no es clara en definir los roles de cada uno de los actores de cara a la nueva forma de articulación del sistema, es por ello que sería recomendable que en cada artículo se describa con precisión la denominación de cada una de las instituciones que intervengan, así como el rol que cumplirán en el proceso.

Propuesta de reforma:

Art. 17.- Código de validación.- Es el registro alfa numérico, emitido de forma física o electrónica por el financiador/asegurador público, mediante el cual autoriza al establecimiento de la Red Privada Complementaria, la entrega de una prestación o servicio de salud a su beneficiario.

El código que emita una de las instituciones financiadoras/aseguradoras de la Red Pública Integral de Salud, será válido para la derivación a cualquier prestador de la Red Complementaria, por lo que dichos prestadores aceptarán realizar la atención de salud necesaria; la institución de la Red Pública de la que el paciente es beneficiario, pagará al prestador privado la cobertura, considerando dicho código como habilitante para el pago.

En los casos de derivaciones programadas de pacientes de coberturas compartidas, el subsistema que dará la cobertura del 100% emitirá el código de validación (si la derivación es a un prestador privado), sin desconocer o desautorizar el criterio técnico de la derivación.

Los códigos de validación tendrán la siguiente vigencia:

1. Atención en internación/hospitalización un (1) año calendario. Incluye hospitalización domiciliaria.
2. Atención en diálisis un (1) año calendario.
3. Atención en emergencia, mínimo dos (2) días calendario.
4. Atención en ambulatorio, mínimo dos (2) meses calendario.
5. Atención para pacientes con enfermedades crónicas o raras, un (1) año calendario: incluye atención integral en los servicios de emergencia, ambulatorio y hospitalización.
6. Atención integral por cuidados paliativos u (1) año calendario.

La gestión del código de validación es de responsabilidad del prestador privado y del financiador/asegurador público, por lo tanto no es responsabilidad del paciente, su representante o acompañante realizar esta gestión.

ARTÍCULO 24

Norma observada:

“Art. 24.- Reporte y notificación de la derivación.- Dentro del primer día laborable, posterior a la recepción del paciente por el servicio de emergencia, los prestadores deberán solicitar que el paciente, sus familiares o su acompañante, exprese si es afiliado al IESS, ISSPOL, ISSFA; y/o, si cuenta con cobertura de compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada o de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica.

Dentro del término de tres (3) días laborables, posteriores al ingreso del paciente, el establecimiento de salud notificará de manera obligatoria a la entidad financiadora responsable del paciente, sea ésta: compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada o de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, IESS, ISSFA, ISSPOL, MSP, de tal forma que pueda cumplirse el proceso de validación de la cobertura y de prelación de pagos. Independientemente de que el establecimiento de salud, haya o no cumplido con esta obligación, el familiar o acompañante del usuario/paciente, podrá dar aviso de manera directa a la entidad financiadora/aseguradora, de tal forma que pueda cumplirse el proceso de validación de cobertura y prelación de pago.

La institución financiadora/aseguradora, dentro de tres (3) días laborables posteriores a la notificación, remitirá únicamente a los establecimientos de salud privados, el código de validación en físico o vía electrónica que garantice la aceptación de pago por las prestaciones de salud brindadas al paciente.

La falta de notificación por parte del prestador del servicio de salud y la emisión de la autorización por parte de la institución financiadora, no será un factor que retrase o impida el inicio de tratamientos o procedimientos médicos requeridos por el usuario/paciente, siendo injustificado cualquier retraso en la atención.

Los establecimientos de salud no deben demorar la atención a juicio propio, ya que en el proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud se verificará su

pertinencia, precisando que no es facultad del equipo de relacionamiento definir la emergencia.”

Fundamento técnico

La Ley Orgánica de Salud Prepagada (LOSAIP) en su artículo 30 dispone que será obligación de los financiadores/aseguradores privados pagar la cobertura al momento de la solicitud del prestador, siendo el incumplimiento en el pago una falta muy grave, que puede acarrear la clausura de esas Compañías.

El Capítulo VII de la Norma de Relacionamiento, determina que los prestadores privados y públicos deben comunicar a los financiadores/aseguradores públicos, para que se proceda con el pago y luego, éstas últimas procederán con la recuperación de los valores ante las compañías de salud prepagada o aseguradoras. Sin embargo, en casos de emergencia y de acuerdo a la LOSAIP, las compañías de salud prepagada o aseguradoras, deben pagar al momento de la solicitud del prestador, por lo que, de mantenerse el proceso descrito, se obligaría a las compañías de salud prepagada/seguros a incumplir su obligación e incurrir en una falta muy grave, acarreando consecuencias que podrían llegar a la clausura de dichas compañías.

Por otro lado, el proceso genera que las atenciones que se realicen en un prestador privado, sean pagadas por un financiador/asegurador privado aplicando el Tarifario Nacional de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (SNS), generando un perjuicio al prestador privado, por una atención que debe ser asumida por las compañías de salud prepagada o aseguradoras, conforme los acuerdos entre privados.

Sugerimos dividir el artículo y diferenciar el proceso de relacionamiento, por un lado cuando se trate de financiadores privados con prestadores públicos, y por otro lado, o cuando se trate de relacionamiento entre un prestador privado, que recibe un paciente por derivación, pero su cobertura la realizará un financiador o asegurador privado, de la siguiente manera:

Propuesta de reforma:

Art. 24.- Reporte y notificación de la derivación.- Dentro del primer día laborable posterior a la recepción del paciente por el servicio de emergencia, los prestadores deberán verificar en la base de datos entregada por la Autoridad Sanitaria, si el paciente cuenta con cobertura pública (IESS, ISSPOL, ISSFA o MAP) o si cuenta con cobertura de compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada o de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica.

Dentro del término de tres (3) días laborables, posteriores al ingreso del paciente, el establecimiento de salud notificará de manera obligatoria a la entidad financiadora/aseguradora responsable del paciente, sea ésta pública o privada; esta notificación permitirá que se cumpla el proceso de validación de la cobertura y de prelación de pagos. Independientemente de que el establecimiento de salud, haya o no cumplido con esta obligación, el familiar o acompañante del usuario/paciente, podrá dar aviso de manera directa a la entidad financiadora/aseguradora pública o privada, de tal forma que pueda cumplirse el proceso de validación de cobertura y prelación de pago.

La institución financiadora/aseguradora pública que corresponda, dentro de tres (3) días laborables posteriores a la notificación, remitirá únicamente a los establecimientos de salud privados, el código de validación en físico o vía electrónica que garantice la aceptación de pago por las prestaciones de salud brindadas al paciente.

La falta de notificación por parte del prestador del servicio de salud y la falta de emisión de la autorización por parte de la institución financiadora/aseguradora pública, no será un factor que retrase o impida el inicio de tratamientos o procedimientos médicos requeridos por el usuario/paciente, siendo injustificado cualquier retraso en la atención.

Los establecimientos de salud no deben demorar la atención de emergencia a juicio propio, ya que en el proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud se verificará su pertinencia, precisando que no es facultad del equipo de relacionamiento definir la emergencia.

Art... Reporte y notificación de la derivación desde la RPIS a la Red Privada Complementaria a ser financiada por los financiadores/aseguradores de la RPIS.-

En caso de que el prestador privado verifique que el usuario es beneficiario de cobertura pública (IESS, ISSFA, ISSPOL, MSP) y que haya existido derivación por parte de la Red Pública Integral de Salud, notificará de manera directa al financiador/asegurador público de la cual es beneficiario el paciente atendido, a fin de que la misma cubra los gastos conforme la normativa vigente. El financiador/asegurador público, reconocerá los valores por las prestaciones, luego de realizada la auditoría de calidad de la facturación y dentro de los plazos establecidos en la presente norma.”

Art... Reporte y notificación de la derivación desde la RPIS a la Red Privada Complementaria a ser financiada por los financiadores/aseguradores privados.-

En caso de que el prestador privado verifique que el usuario cuenta con un plan o contrato de salud integral prepagada o seguro de asistencia médica, aún cuando haya existido derivación por parte de la Red Pública Integral de Salud, notificará de manera directa a la compañía de la cual es cliente el paciente atendido, a fin de que la misma cubra los gastos, conforme las condiciones de contrato y hasta el monto contratado.

En caso de que exista un excedente que sobrepase el monto contratado, el prestador privado planillará, aplicando los valores del Tarifario Nacional de Prestaciones, el valor excedente a la Institución de la Red Pública encargada del paciente, a fin de que reconozca dicho valor, luego de realizada la auditoría de calidad de la facturación y dentro de los plazos establecidos en la presente norma.

ARTÍCULO 26

Norma Observada

“Art. 26.- Auto-derivación.- Se considera cuando un paciente llega a un establecimiento de salud público o privado sin un proceso previo de derivación, sea al servicio de emergencia o al de consulta externa.

Para las auto derivaciones de pacientes usuarios beneficiarios de la RPIS a establecimientos de salud de la RPIS, se reconocerá el pago de las prestaciones brindadas en el servicio de emergencia, en consulta externa o ambulatorio, sean o no emergentes. Es responsabilidad del establecimiento de salud dar la atención integral que el paciente requiere conforme su necesidad.

En las auto derivaciones a la Red Privada Complementaria, se autoriza la cobertura para los casos auto-derivados de pacientes en condiciones que se ajusten a los criterios de prioridad I y II del triage, denominado “Sistema de Triage Manchester MTS® modificado, adoptado por la Autoridad Sanitaria Nacional. Es responsabilidad del establecimiento de salud realizar el triage de las emergencias que recibe y atender al paciente conforme su necesidad. En los establecimientos de la RPIS, el triage respalda la definición de la condición de emergencia y justifica el pago de las prestaciones dadas.

En los casos de auto derivación no se requerirá la presentación del Formulario 053. Aplica a todos los usuarios/pacientes de la RPIS, incluyendo los de coberturas compartidas de la Seguridad Social.

En los casos de pacientes con coberturas compartidas, el subsistema que dará la cobertura del 100% entregará el código de validación (si la derivación es a un prestador privado), sin desconocer o desautorizar el criterio técnico de la derivación. Si es a un subsistema público, el prestador informará de la atención al financiador del 100% de la atención; no será necesario que el establecimiento de salud que recibe al usuario/paciente requiera la presentación del código de validación o de certificación de cobertura del otro u otros financiadores/aseguradores.

El código entregado por el subsistema financiador de la prestación respalda el servicio y su pago.

Si la cobertura será compartida en el financiamiento el código de validación, únicamente requerido para los prestadores privados, lo entregará el asegurador/financiador del subsistema que deriva al paciente. El código entregado respalda el servicio y su pago y aplica a todos los financiadores/aseguradores que compartan la cobertura del paciente.”

Fundamento técnico:

Aplicando el mismo criterio jurídico que el expuesto en el artículo 24, los casos de auto-derivación que se realicen en Prestadores de la Red Privada Complementaria que luego puedan ser financiados por compañías de salud prepagada o aseguradoras deberían sujetarse a la misma regla y deberían ser financiados, de primera mano por esas compañías aplicando el artículo 30 de la LOSAIP.

Por esa razón se debería considerar artículos diferenciados para tratar, por un lado el proceso de relacionamiento entre los prestadores públicos y los financiadores/aseguradoras privados y por otro cuando solo intervengan actores privados.

Propuesta de reforma:

Art 26.- Auto-derivación financiada por la Red Pública Integral de Salud.- Se considera auto derivación cuando un paciente acude y recibe atención en un establecimiento de salud público o privado, sea por parte del servicio de emergencia, ambulatorio o de consulta externa, sin un proceso previo de derivación, solicitando la atención bajo cobertura financiera de la Red Pública Integral de Salud. Es responsabilidad del establecimiento de salud dar la atención integral que el paciente requiere conforme su necesidad.

En caso que el establecimiento que brinda la atención médica sea privado, se autoriza la cobertura para los casos auto-derivados de pacientes en condiciones que se ajusten a los criterios de prioridad I y II del triage, denominado “Sistema de Triage Manchester MTS® modificado, adoptado por la Autoridad Sanitaria Nacional. Es responsabilidad del prestador privado de salud realizar el triage de las emergencias que recibe y atender al paciente conforme su necesidad.

En los casos de pacientes con coberturas compartidas, el subsistema que dará la cobertura del 100% entregará el código de validación (si la derivación es a un prestador privado), sin desconocer o desautorizar el criterio técnico de la derivación. Si es un subsistema público, el prestador informará de la atención al financiador/asegurador del 100% de la atención; no será necesario que el prestador de salud privado que recibe al usuario/paciente requiera la presentación del código de validación o de certificación de cobertura del otro u otros financiadores/aseguradores.

El código entregado por el subsistema financiador de la prestación respalda el servicio y su pago.

Si la cobertura será compartida en el financiamiento, el código de validación únicamente requerido para los prestadores privados, lo entregará el asegurador/financiador del subsistema que deriva al paciente. El código entregado respalda el servicio y su pago y aplica a todos los financiadores/aseguradores que compartan la cobertura del paciente.

En estos casos los financiadores/aseguradores públicos asumirán los costos de atención, conforme lo descrito en el presente artículo y demás procedimientos de esta Norma y si de manera posterior se verificara que el paciente cuenta con coberturas de salud integral prepagada o seguro de asistencia médica, se procederá a la recuperación de esos valores, conforme lo dispuesto en el Capítulo VII de esta norma.

Art... Auto-derivación en casos en los que la cobertura se realice por Compañías de Salud Integral Prepagada o de Seguros que Oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica.- Se considera auto derivación cuando un paciente recibe atención en un establecimiento de salud privado, sea por parte del servicio de emergencia sin un proceso previo de derivación, solicitando la atención bajo cobertura financiera de Compañías de Salud Integral Prepagada o de Seguros que Oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica. Es responsabilidad del establecimiento de salud dar la atención integral que el paciente requiere conforme su necesidad.

En las auto derivaciones a la Red Privada Complementaria, se autoriza la cobertura para los casos auto-derivados de pacientes en condiciones que se ajusten a los criterios de prioridad del triage, denominado “Sistema de Triage Manchester MTS® modificado, de acuerdo a lo estipulado en el contrato y/o de medicina prepagada. Es responsabilidad del prestador privado de salud realizar el triage de las emergencias que recibe y atender al paciente conforme su necesidad.

En estos casos los financiadores/aseguradores privados asumirán los costos de atención, conforme el monto de cobertura y términos contractuales, y/o programas de medicina prepagada. El prestador de salud privado o el usuario/paciente procederá a la recuperación de esos valores de acuerdo a los convenios mantenidos con las Compañías de Salud Integral Prepagada o de Seguros que Oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica.

Aplicado el financiamiento o pago por parte de las señaladas compañías y en caso de que exista un excedente, el prestador privado planillará el valor restante, aplicando los valores del Tarifario Nacional de Prestaciones, al financiador/asegurador público responsable del paciente a fin de que reconozca dicho valor, luego de realizada la auditoría de calidad de la facturación.

Art (...).- Auto derivación financiada por los financiadores/aseguradores públicos cuando la atención es brindada por un prestador público.- Para las derivaciones de pacientes/usuarios beneficiarios de la RPIS a establecimientos de salud de la RPIS, se reconocerá el pago de las prestaciones brindadas en el servicio de emergencia, en consulta externa o ambulatorio, sean o no emergentes. Es responsabilidad del prestador público dar la atención integral que el paciente requiere conforme a su necesidad.

En los establecimientos de la RPIS, el triage respalda la definición de la condición de emergencia y justifica el pago de las prestaciones dadas.

ARTÍCULO 30

Norma Observada:

Art. 30.- Dotación de transporte.- Los establecimientos de salud brindarán transporte sanitario terrestre para el paciente, exclusivamente por indicación médica, incluido el transporte al domicilio cuando la condición del paciente lo justifique.

En caso de requerirse transporte sanitario aéreo o acuático, deberá gestionarse a través de la cabina de Gestión de Red del Sistema Integrado de Seguridad ECU 911.

Fundamento técnico:

Se debe tener en cuenta que la Norma regula el relacionamiento entre actores públicos y privados. Sin embargo, es una constante que, durante el desarrollo de la misma, se incluyan articulados que solo aplican a los financiadores/aseguradores y prestadores públicos. Tal es el caso de este artículo, que dispone que todos los establecimientos deben gestionar el transporte sanitario a través del Sistema Integrado de Seguridad ECU 911, cuando existe la

posibilidad en el sector privado de gestionar el transporte sanitario de manera privada, por ello recomendamos, nuevamente, diferenciar estas dos situaciones.

Propuesta de reforma:

Art. 30.- Dotación de transporte.- Los prestadores de salud públicos y privados, brindarán servicios de transporte secundario terrestre para el paciente, exclusivamente por indicación médica, incluido el transporte al domicilio cuando la condición del paciente lo justifique.

En caso de que los prestadores de salud públicos y privados, requieran transporte, primario o secundario, sanitario aéreo o acuático, deberá gestionarse a través de la cabina de Gestión de Red del Sistema Integrado de Seguridad ECU 911.

En casos de pacientes auto-derivados o derivados por emergencia que requieran la utilización de transporte sanitario, podrán utilizarse los servicios de transporte sanitario privados, si el paciente cuenta con coberturas de salud integral prepagada o de seguros de asistencia médica, se aplicará lo dispuesto en los artículos 26 y (el innumerado luego de ese artículo) de esta Norma.

Para todas las condiciones de transporte pre-hospitalario se aplicará la normativa respectiva, independientemente de si las ambulancias pertenecen al ámbito público o privado.

ARTÍCULO 34

Norma observada:

“Art. 34.- Tarifario.- Es el reconocimiento económico a que haya lugar por la prestación de servicios de salud. Se liquidará y pagará de acuerdo a los valores determinados en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud vigente.

En casos excepcionales, la Autoridad Sanitaria Nacional conforme a sus competencias y atribuciones y con el respectivo soporte de los informes técnicos, podrá emitir tarifas de procedimientos no contemplados en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de facilitar el proceso de atención a pacientes en condiciones prioritarias.

En ningún caso el reconocimiento económico será superior a los valores establecidos por dicha Autoridad Sanitaria.”

Fundamento técnico

El tarifario de Prestaciones para el SNS, que fue emitido por la autoridad competente, según el texto de dicha norma es “el instrumento técnico que regula el reconocimiento económico de los servicios de salud brindados por las instituciones públicas, entre estas y con las privadas en el marco de la Red Pública Integral y Complementaria del Sistema

Nacional de Salud; los valores expresados en el presente documento, registran el techo máximo del valor para el reconocimiento económico entre prestadores y financiadores...”, de tal manera, que se desprende con facilidad que dicho Tarifario, nunca fue pensado para que regule relaciones netamente privadas, como las que pueden suceder entre prestadores de salud privados y financiadores o aseguradores privados.

El artículo 34 de la Norma en análisis determina que el Tarifario de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, se utilizará para el pago de los gastos originados por la atención en salud que se brinde a usuarios y pacientes, sin embargo, no se toma en cuenta que pueden existir prestaciones de salud brindadas por prestadores privados y que pueden ser cubiertas, en un determinado momento, (auto-derivaciones, o derivaciones por emergencia o atención pre-hospitalaria) por financiadores o aseguradores privados, por ello, consideramos que se deben dividir estas dos opciones y planteamos las siguientes reformas.

Reforma propuesta:

Art. 34.- Tarifario.- Es el reconocimiento económico a que haya lugar por la prestación de servicios de salud. Se liquidará y pagará de acuerdo a los valores determinados en el Tarifario de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud vigente. Excepto en los casos en que los prestadores de la Red Privada Complementaria, conforme lo dispuesto en la presente norma, tengan la posibilidad de solicitar el pago directamente a las compañías de salud prepagada o de seguros de asistencia médica.

En casos excepcionales, la Autoridad Sanitaria Nacional conforme a sus competencias y atribuciones y con el respectivo soporte de los informes técnicos, podrá emitir tarifas de procedimientos no contemplados en el Tarifario de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de facilitar el proceso de atención a pacientes en condiciones prioritarias.

En ningún caso el reconocimiento económico será superior a los valores establecidos por la Autoridad Sanitaria.

Art... Reconocimiento económico entre financiadores/aseguradores privados y prestadores de servicios de salud privados.- En casos de atención de emergencia, sea mediante derivación, atención pre-hospitalaria o auto-derivación, cuando los prestadores de servicios de salud privados verifiquen que el paciente cuenta con coberturas de salud prepagada o de seguros de asistencia médica, podrán solicitar el pago a estas compañías conforme los convenios privados entre ellas, en caso de que existan, o conforme las condiciones de cada contrato de salud prepagada o de seguros de asistencia médica y hasta el monto de lo contratado.

Aplicado el financiamiento o pago por parte de las señaladas compañías y en caso de que exista un excedente que supere el valor contratado, el prestador privado planillará el valor restante, aplicando los valores del Tarifario de Prestaciones del SNS, a la Institución de la Red Pública encargada del paciente a fin de que reconozca dicho valor, luego de realizada la auditoría de calidad de la facturación y dentro de los plazos señalados en esta norma.

El reconocimiento económico para derivaciones programadas, en todos los casos, se realizará aplicando el Tarifario de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento de relacionamiento descrito en el Capítulo VII de esta norma.

En caso de pacientes auto – derivados que estén siendo atendido en prestadores privados de salud, cuando se agote la cobertura contratada con una compañía de salud prepagada o de seguros de asistencia médica, el prestador privado de salud, notificará al asegurador/financiador público para que cubra los costos de las prestaciones de salud, de conformidad con el Tarifario de prestaciones del SNS y dentro de los plazos establecidos en esta norma, de tal manera que no se interrumpa la prestación de los servicios de salud al paciente.

ARTÍCULO 37

Norma Observada

“Art. 37.- Remisión de documentos.- Los prestadores para el trámite de pago de las prestaciones de salud, enviarán la documentación a las instituciones financiadoras/aseguradoras, responsables de los usuarios/pacientes, de acuerdo al siguiente detalle:...

Compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, en cada caso, conforme al plan contratado por el usuario.”

Fundamento técnico:

Existe una contradicción entre lo dispuesto en el apartado 6 de este artículo y las disposiciones del Capítulo VII que regula el proceso de relacionamiento con las compañías de salud integral prepagada y de seguros. Por un lado, este artículo dispone que los prestadores para el trámite de pago deben enviar la documentación a las compañías de salud prepagada o de seguros de asistencia médica y el artículo 101 dispone que los prestadores de la Red Privada Complementaria deben remitir el trámite al financiador/asegurador público a fin de que audite el caso, pague el valor correspondiente al prestador, y luego esa institución pública recupere esos valores ante las compañías financiadoras/aseguradoras privadas.

Posterior a ello, el artículo 102 dispone que las compañías de salud prepagada o de seguros asistencia médica, deben reconocer al establecimiento de salud privado o reembolsar a la institución de la RPIS los montos correspondientes por las atenciones brindadas.

Por lo tanto, según lo explicado debe definirse con claridad cuál es el procedimiento a seguir, y determinar los casos en los que efectivamente los prestadores privados pueden notificar al financiador/asegurador privado y en los que el pago puede hacerse de manera directa en la relación entre privada.

Propuesta de reforma:

Art. 37.- Remisión de documentos.- Los prestadores para el trámite de pago de las prestaciones de salud, enviarán la documentación a las instituciones financiadoras/aseguradoras, responsables de los usuarios/pacientes, de acuerdo al siguiente detalle:

1. Ministerio de Salud Pública:
 - a. Zona 9, prestadores de: Cantón Quito, Napo, Pichincha, Orellana.
 - b. Zona 8, prestadores de: Cantones Guayaquil, Samborondón, Duran, Bolívar, Guayas, Los Ríos, Galápagos, Santa Elena.
 - c. Zona 7, prestadores de; El Oro, Loja, Zamora Chinchipe.
 - d. Zona 6, prestadores de: Azuay, Cañar, Morona Santiago.
 - e. Zona 4, prestadores de: Manabí, Santo Domingo de los Tsáchilas.
 - f. Zona 3, prestadores de: Cotopaxi, Chimborazo, Pastaza, Tungurahua.
 - g. Zona 1, prestadores de: Carchi, Esmeraldas, Imbabura, Sucumbíos.

Conforme el listado precedente, la Zona 9 recibe también la documentación de la Zona 2; y, la Zona 8 recibe la documentación de la Zona 5.

2. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social:
 - a. Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud de Pichincha: Pichincha, Napo, Orellana.
 - b. Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud de Tungurahua: Cotopaxi, Tungurahua, Pastaza.
 - c. Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud de Manabí: Manabí, Santo Domingo de los Tsáchilas.
 - d. Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud de Loja: Loja y Zamora Chinchipe.
 - e. Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud de Imbabura: Imbabura, Carchi, Sucumbíos, Esmeraldas.
 - f. Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud de Azuay: Azuay, Cañar, Morona Santiago.
 - g. Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud de Guayas; Guayas, Santa Elena, Los Ríos, Galápagos, Bolívar.
 - h. Jefatura de la Unidad Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud de El Oro: El Oro.
 - i. Jefatura de la Unidad Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud de Chimborazo:Chimborazo.
3. Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas:
 - a. Dirección del Seguro de Salud en Quito: Carchi, Imbabura, Pichincha, Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo, Bolívar, Cañar, Azuay, Loja, Orellana, Sucumbíos, Napo, Pastaza, Morona Santiago, Zamora Chinchipe, Esmeraldas, Santo Domingo de los Tsáchilas.
 - b. Regional del Litoral en Guayaquil: Guayas, Santa Elena, Manabí, El Oro, Los Ríos y Galápagos.

4. Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional:

- a. Hospital Quito No.1: Pichincha
 - b. Hospital Guayaquil No. 2: Guayas
 - c. Dirección Nacional de Salud de la Policía en Quito: Carchi, Imbabura, Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo, Bolívar, Cañar, Azuay, Loja, Orellana, Sucumbíos, Napo, Pastaza, Morona Santiago, Zamora Chinchipe, Esmeraldas, Santo Domingo de los Tsáchilas, Santa Elena, Manabí, El Oro, Los Ríos y Galápagos.
5. SPPAT: Operadora Unica /Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito.
 6. Compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, en los casos de derivaciones y auto-derivación, según lo dispuesto en esta Norma y conforme al plan contratado por el usuario”.

ARTÍCULO 40

Norma observada.-

Art. 40.- Excedente.- Es el monto o valor que se produce cuando el valor de una prestación de salud otorgada al usuario/paciente, supera el monto de cobertura estipulado en un plan de atención integral de salud prepagada o en un plan de asistencia médica de una compañía de seguros; o, al monto de cobertura establecido en el Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito (SPPAT).

Fundamento técnico:

Esta norma establece con claridad que el excedente es el valor que supera el monto de las coberturas brindadas por las compañías de salud prepagada o de seguros de asistencia médica, debería especificarse que dichos valores incluyen las cuotas moderadoras que deberían ser cubiertas a través de un mecanismo de coordinación de beneficios, de tal manera que esos valores se descuenten de las facturas que serán cobradas a los financiadores/aseguradores privados, y evitar cualquier pago de bolsillo por parte del usuario. La reforma propuesta vela por el cumplimiento de la gratuidad de la salud, conforme lo establece en la Constitución. Adicionalmente a ello se debe considerar que la Disposición General Quinta de la LOSAIP, y la Disposición General Primera del Reglamento General de dicha Ley disponen que los pagos que se realicen a la Red Pública Integral de Salud deben realizarse de conformidad con los montos y demás condiciones pactadas, por lo que se debe respetar el pago de esas cuotas moderadoras, sin que ello signifique un costo adicional al usuario o paciente.

Propuesta de Reforma:

“Art. 40.- Excedente.- Es el monto o valor que se produce cuando el valor de una prestación de salud otorgada al usuario/paciente, supera el monto de cobertura estipulado en un plan de atención integral de salud prepagada o en un plan de asistencia médica de una compañía de seguros; o, al monto de cobertura establecido en el Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito (SPPAT).

Art. (...) Reconocimiento económico del excedente.- En caso de pacientes auto – derivados que estén siendo atendidos en prestadores privados de salud, cuando se agote la cobertura contratada con una compañía de salud prepagada o de seguros de asistencia médica, el prestador privado de salud, notificará al asegurador/financiador público para que cubra el excedente generado por las prestaciones de salud, de conformidad con el Tarifario de prestaciones del SNS y dentro de los plazos establecidos en esta norma, de tal manera que no se interrumpa la prestación de los servicios de salud al paciente.

Art. (...) Reconocimiento económico de las cuotas moderadoras (co-pagos y deducibles).- Cuando se brinden atenciones en la Red Pública Integral de Salud y la atención sea financiada o pagada por las compañías de salud prepagada o de seguros de asistencia médica, las cuotas moderadoras (co-pagos y deducibles), serán descontados de la factura total emitida por el prestador público, a fin de evitar que el paciente o usuario realice cualquier pago adicional, en virtud de la gratuidad de la salud.

Cuando prestadores privados brinden atenciones por derivación programada y la misma sea financiada o pagada por las compañías de salud prepagada o de seguros de asistencia médica, los prestadores privados emitirán la factura por el 100% de las prestaciones brindadas, de conformidad con lo establecido en la norma respectiva. Posteriormente, el financiador/asegurador privado deberá realizar la coordinación de beneficios y/o cruce de cuentas con el financiador/asegurador público para el cobro de las cuotas moderadoras (co-pagos y deducibles).

ARTÍCULO 41

Norma observada.-

Artículo 41.- “Coberturas compartidas.- “En todos los casos que las atenciones de salud no correspondan a un accidente de tránsito, se aplicará la prelación de pagos en primer lugar al seguro privado, hasta el monto de la cobertura contratada; y superado el monto de la cobertura contratada, a la instancia de la RPIS que le corresponda en prelación...”

La prelación se aplicará independientemente del subsistema en el cual reciba la prestación de salud, garantizando la atención y el no pago del usuario/paciente en el establecimiento de salud que le prestó el servicio.”.

Fundamento técnico

Este artículo no contempla que el financiamiento privado también puede provenir de compañías de salud prepagada que en estricto sentido no son compañías de seguros, conforme lo dispuesto en la LOSAIP, ley que norma la materia.

Por otro lado, es necesario considerar que el usuario o paciente no debe desembolsar, en ningún momento de la cadena de atención, pagos de su bolsillo, a fin de que se aplique de manera integral el principio de gratuidad en la atención garantizado en la Constitución.

Propuesta de reforma.

Artículo 41.- Coberturas Compartidas.- En el caso de beneficiarios con dos o más regímenes de aseguramiento, público y/o privado, se observarán los siguientes lineamientos:

Consideraciones especiales:

- En caso de que el/la usuario/a se atienda en un establecimiento de uno de los subsistemas, el pago se realizará por parte del seguro al que pertenezca como titular.
- En caso de que se atienda en un subsistema en el que no tiene cobertura, dicha cobertura será asumida por parte del subsistema en el cual el usuario es titular,
- En caso de doble cobertura, en usuarios titulares de un subsistema y dependiente de un segundo subsistema, que se atiende en un subsistema diferente a los dos anteriores, los subsistemas del cual es beneficiario cubrirán en 50%, respectivamente, por la atención.
- En el caso de doble cobertura del ISSPOL, para los dependientes que además tienen titularidad en otro subsistema, el ISSPOL cubrirá el 68% cuando se atienda en los establecimientos de la Policía y, la diferencia, el seguro en el cual tenga titularidad.

Prelación:

1. Usuario/paciente que sea titular de dos seguros sociales, como en el caso de militar o policía en servicio pasivo con beneficio de pensión de retiro y a la vez afiliado activo en el IESS, la cobertura de la prestación de salud estará a cargo de la Institución en la que se encuentra aportando; en este caso, la cobertura de la prestación de salud será responsabilidad del IESS.
2. Usuario/paciente, militar o policía en servicio pasivo y a la vez jubilado del IESS, que cuente además con la cobertura de un plan de atención integral de salud prepagada o de un contrato de seguro de asistencia médica, la cobertura de la prestación de salud estará primero a cargo de la compañía de atención integral de salud prepagada o de la compañía de seguros; y, superado el monto de la cobertura contratada, será de responsabilidad del primer seguro al cual se afilió.
3. Usuario/paciente, militar o policía en servicio pasivo y a la vez jubilado del IESS, la cobertura de la prestación de salud será de responsabilidad del primer seguro al cual se afilió.
4. Usuario/paciente pensionista de montepío en dos o tres subsistemas de aseguramiento en salud, que cuente además con la cobertura de un plan de atención integral de salud prepagada o de un contrato de seguro de asistencia médica, la cobertura de la prestación de salud estará primero a cargo de la compañía de atención integral de salud prepagada o de la compañía de seguros; y, superado el monto de la cobertura contratada, la cobertura de la prestación de salud será otorgada por los seguros públicos en partes iguales.
5. Usuario/paciente pensionista de montepío en dos o tres subsistemas de aseguramiento en salud, la cobertura de la prestación de salud será otorgada por los seguros públicos en partes iguales.
6. Usuario/paciente que es titular de un seguro y dependiente de otro, la cobertura de salud es responsabilidad del subsistema del cual es titular; como en los siguientes casos:

- a. El/la cónyuge de militar o policía activo o pasivo, que goza de cobertura total para salud en el ISSFA o ISSPOL respectivamente, como dependiente y que tiene cobertura en el IESS, por estar afiliado o ser jubilado, el pago de las prestaciones de salud será responsabilidad del IESS.
 - b. El/la cónyuge de militar en servicio activo o pasivo, que goza de cobertura total para salud como dependiente en el ISSFA; y, tiene cobertura en el ISSPOL, por ser policía en servicio activo o pasivo, el pago de las prestaciones de salud será responsabilidad del ISSPOL.
 - c. El/la cónyuge de policía en servicio activo o pasivo, que goza de cobertura total como dependiente para salud en el ISSPOL; y, que tiene cobertura en el ISSFA, por ser militar en servicio activo o pasivo, el pago de las prestaciones de salud es responsabilidad del ISSFA.
7. Usuario/paciente dependiente de dos asegurados titulares en el ISSPOL, recibirá por parte del ISSPOL el 100% de la cobertura del valor del total de los servicios de salud brindados.
 8. Usuario/paciente dependiente de asegurado titular del ISSFA o ISSPOL, con cobertura parcial, el porcentaje de la prestación de salud no cubierta por éstos, será responsabilidad del Ministerio de Salud Pública.
 9. En los casos que no estén contemplados en los numerales precedentes, se procederá a equiparar, siguiendo el mismo sentido antes descrito.
 10. Usuario/paciente que sea titular de dos seguros sociales y cuente además con la cobertura de un plan de atención integral de salud prepagada o de un contrato de seguro de asistencia médica, como en el caso de militar o policía en servicio pasivo con beneficio de pensión de retiro y a la vez afiliado activo en el IESS, la cobertura de la prestación de salud estará primero a cargo de la compañía de atención integral de salud prepagada o de la compañía de seguros; y, superado el monto de la cobertura contratada, a cargo de la Institución en la que se encuentra aportando; en este caso será responsabilidad del IESS.
 11. Usuario/paciente dependiente de dos subsistemas de aseguramiento público en salud, y que no cuente con aseguramiento privado, la cobertura de la prestación será otorgada por los dos subsistemas en partes iguales.

En todos los casos que las atenciones de salud no correspondan a un accidente de tránsito, se aplicará la prelación de pagos en primer lugar al seguro privado, hasta el monto de la cobertura contratada; y superado el monto de la cobertura contratada, a la instancia de la RPIS que le corresponda en prelación.

En todos los casos que las atenciones de salud no correspondan a un accidente de tránsito, se aplicará la prelación de pagos. En primer lugar, a la compañía de salud integral prepagada o aseguradora que corresponda, hasta el monto de la cobertura contratada; superado dicho monto, a la instancia de la RPIS que le corresponda en prelación.

La prelación se aplicará independientemente del subsistema en el cual reciba la prestación de salud, garantizando la atención y el no pago del usuario/paciente en el establecimiento de salud que le prestó el servicio, ni tampoco de cualquier otra cuota, tarifa o tasa a ningún financiador/asegurador público o privado”.

ARTÍCULO 95

Norma observada:

“Art. 95.- Del cálculo de liquidación por atenciones.- Las instituciones de la Red Pública Integral de Salud, y las de la Red Privada Complementaria, incluyendo las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y las de seguros que ofrezcan seguros con cobertura de asistencia médica, deberán aplicar para efectos del proceso de planillaje y auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud, lo establecido en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud y demás instrumentos normativos emitidos por la Autoridad Sanitaria Nacional que establezcan los límites del reconocimiento económico de los servicios brindados por los establecimientos de salud.”

Fundamento técnico:

Este artículo determina que tanto financiadores/aseguradores públicos y privados como prestadores públicos y privados deben aplicar en sus procesos de planillaje o auditoría de calidad lo establecido en el Tarifario de Prestaciones del SNS.

Sin embargo, conforme el proceso descrito en el artículo 97 los financiadores/aseguradores privados, no pueden realizar auditoría de calidad de facturación, solo revisión financiera de los montos. Esta norma, tal como está redactada solo operaría en caso de que los prestadores privados puedan remitir el expediente a los financiadores/aseguradores privados, pero en ese caso no se debería aplicar el Tarifario de Prestaciones del SNS.

Propuesta de reforma:

Art. 95.- Del cálculo de liquidación por atenciones.- Los prestadores públicos y privados y los financiadores/aseguradores públicos y privados, en los casos respectivos, deberán aplicar para efectos del proceso de planillaje y auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud, lo establecido en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud y demás instrumentos normativos emitidos por la Autoridad Sanitaria Nacional que establezcan los límites del reconocimiento económico de los servicios brindados por los establecimientos de salud.

Las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y las de seguros que ofrezcan seguros con cobertura de asistencia médica, en los casos de atenciones brindadas por prestadores públicos, deberán aplicar lo dispuesto en literal c) del artículo 102 de esta Norma.

Las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y las de seguros que ofrezcan seguros con cobertura de asistencia médica, en los casos de atenciones brindadas por prestadores privados, realizarán el pago de manera directa en casos de atención por emergencia, ambulatorio, pre-hospitalario, internación/hospitalización, diálisis, rehabilitación y cuidados paliativos y atención domiciliaria, por derivación y auto-derivación. En estos casos, los financiadores/aseguradores privados, aplicarán el mecanismo de Auditoría de Calidad de

Facturación y el pago se realizará conforme las condiciones del contrato y los convenios privados que entre esas instituciones, pudieran existir.

ARTÍCULO 96

Norma Observada:

Art.- 96.- Reconocimiento del excedente.- Las instituciones de la Red Pública Integral de Salud reconocerán el excedente aplicable a los beneficiarios de compañías de servicios de atención integral de salud prepagada y las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, hasta los montos establecidos en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud y demás instrumentos normativos que establezcan las condiciones de la prestación de servicios, así como, los límites de reconocimiento económico de las prestaciones brindados por los establecimientos de salud, emitidos por la Autoridad Sanitaria Nacional, siempre que se haya efectuado la prestación en un establecimiento de salud privado debidamente calificado o acreditado, de conformidad a lo definido en la Norma Técnica establecida para el efecto y siempre que corresponda a gastos por prestación sanitaria y que medie la derivación correspondiente cuando se trate de atenciones programadas; para el caso de atenciones de emergencia, no aplican como requisitos para pago la derivación, ni la calificación del prestador.

Los financiadores/aseguradores no reconocerán copagos, ni cuotas moderadoras.

Fundamento técnico:

Este artículo debe estar directamente relacionado con la descripción de gratuidad que se realiza en el artículo 6 de esta Norma, en donde se debe determinar que la gratuidad implica que no debe existir ningún pago que provenga de la economía personal de los pacientes, en ningún momento de la cadena de la atención. Al establecerse que los financiadores/aseguradores (públicos) no reconocerán copagos, ni cuotas moderadoras, se genera la situación de que el paciente deba pagar esas cuotas a su financiador/asegurador privado por una prestación realizada en el sistema público, lo que violentaría plenamente la gratuidad de la atención en salud en los establecimientos públicos de salud, como principio constitucional, recogido en el artículo 362 y 366 de la Constitución de la República, por lo que debería eliminarse el último inciso de este artículo o reformarse con el mismo texto que hemos propuesto en el artículo

Propuesta de Reforma:

“Art.- 96.- Reconocimiento del excedente.- Los financiadores/aseguradores de la Red Pública Integral de Salud, reconocerán el excedente aplicable a los clientes de las compañías de servicios de atención integral de salud prepagada y las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, que hayan sido atendidos en establecimientos de salud públicos o privados. Dicha cobertura se realizará conforme los montos establecidos en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud y demás instrumentos normativos aplicables, emitidos por la Autoridad Sanitaria Nacional, para el efecto. El pago del señalado excedente se realizará, cuando se haya efectuado la prestación en un

establecimiento de salud debidamente calificado o acreditado, siempre que corresponda a gastos por prestación sanitaria y que medie la derivación correspondiente cuando se trate de atenciones programadas. En el caso de emergencias no será necesario que medie procedimiento de derivación, ni calificación del prestador.

Cuando se brinden atenciones en los prestadores de la Red Pública Integral de Salud y la atención sea financiada o pagada por las compañías de salud prepagada o de seguros de asistencia médica, los copagos o cuotas moderadoras, serán descontados de la factura total, a fin de evitar el paciente o usuario realice cualquier pago adicional.

ARTÍCULO 98

Norma Observada

“Art. 98.- Fecha de comunicación de la atención.- Para efectos del análisis de cobertura, la fecha a considerar para reclamos, liquidaciones y pagos, será la fecha en la que se brindó la prestación, mediante la notificación al financiador/asegurador.”

Fundamento técnico

La Norma, tal como se encuentra redactada trae consigo una confusión, pues existen dos fechas a considerar, la primera la fecha en la que se llevó a cabo la atención, que es importante pues a partir de ella los financiadores/aseguradores privados deben provisionar el pago que realizarán después; y la otra fecha, que sería la de la notificación, que si se aplica el procedimiento del artículo 102 será cuando el financiador/asegurador público notifique que debe realizar el pago, lo que podría llevar a que las compañías privadas no hayan provisionado el fondo o deban pagar una cobertura a un usuario que en ese momento podría ya no tener contrato con ellas.

Por esa razón es necesario aclarar que la fecha desde que se considerará la cobertura será en la que se brindó la atención, la misma que deberá ser notificada por los prestadores públicos y privados a los financiadores/aseguradores privados a fin de que puedan provisionar esos fondos, conforme lo determina el artículo 7 del Reglamento a la LOSAIP y el artículo 92 de esta misma Norma.

Propuesta de reforma:

“Art. 98.- Fecha de inicio de la cobertura.- Una vez que se detecte que el usuario cuenta con cobertura de salud integral prepagada o de seguros de asistencia médica, será obligación del prestador del servicio de salud público o privado, notificar el inicio de la atención a la compañía financiadora/aseguradora privada, a fin de que pueda provisionar los fondos requeridos para el financiamiento y pago de la atención.

“Art. 98.1.- Fecha de referencia para auditoría, liquidación y pago.- La fecha a considerar para reclamos, liquidaciones y pagos, será la fecha en la que se culminó la prestación por parte del prestador público o privado.

B. OBSERVACIONES RESPECTO DEL PROCESO DE AUDITORÍA.-

ARTÍCULO 42

Norma observada. -

Art. 42.- “Objeto de la Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud.- El objeto de la Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud es habilitar el pago de las prestaciones de salud, a través de la verificación sistemática de la pertinencia administrativa, técnica, médica y de tarifas generadas por los prestadores de los servicios de salud; validando el pago total o parcial por concepto de las prestaciones de salud entregadas a los usuarios/pacientes por prestadores de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria, según los términos señalados en esta Norma.

En este capítulo se definen las directrices técnicas que deben aplicar, de manera obligatoria, los financiadores/aseguradores y los prestadores de servicios de salud de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria.”

Fundamento técnico

Ajuste de forma para mejor entendimiento de la norma.

Propuesta de reforma

Art. 42.- “Objeto de la Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud.- El objeto de la Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud es habilitar el pago de las prestaciones de salud brindadas por los prestadores públicos y privados de los servicios de salud, a través de la verificación sistemática de la pertinencia administrativa, técnica médica y de tarifas registradas; validando así el pago total o parcial, por concepto de las prestaciones de salud entregadas a los usuarios/pacientes por prestadores de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria, según los términos señalados en esta Norma.

En este capítulo se definen las directrices administrativas y técnicas que deben aplicar, de manera obligatoria, los financiadores/aseguradores públicos y privados y los prestadores de servicios de salud de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria, para cada fase del proceso.

ARTÍCULO 43

Norma observada. -

Art. 43.- Principios.- La auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud, debe realizarse con sujeción a los principios de independencia, integridad y objetividad:

- a. Independencia.- Libertad de criterio con respecto a cualquier interés que pudiera considerarse incompatible con los principios de integridad y objetividad.
- b. Integridad.- Facultad del ser humano para elegir hacer lo correcto, es el cumplimiento del deber, enmarcado en la ética.
- c. Objetividad.- Capacidad para mantener una actitud imparcial, libre de todo sesgo, para tratar todos los asuntos que queden bajo su análisis y estudio; sin prejuicios.
- b. Confidencialidad. – Reserva en el uso de la información a la que tiene acceso una persona, por las funciones que desempeña en su trabajo.

Los funcionarios que participen en el proceso de la auditoría de la calidad de los servicios de salud, deberán firmar un compromiso de confidencialidad del uso de la información y la declaración de ausencia de conflictos de interés en su actividad laboral.

Fundamento técnico

Se sugiere la complementación de los principios descritos de la norma a fin de que se ajusten a principios generales de ética médica y bioética, conforme la sugerencia de reforma que se plantea.

Propuesta de reforma

Art. 43.- Principios.- La auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud, debe realizarse con sujeción a los principios a continuación detallados:

- a. Independencia.- es la libertad de criterio y decisión de los profesionales y demás personas que intervengan en el proceso, respecto a cualquier interés, sea este público o privado, interno o externo, que pudiera considerarse incompatible con el objetivo del proceso y los demás principios propuestos.
- b. Integridad Profesional.- Facultad del ser humano para elegir hacer su trabajo de manera correcta, en el ámbito laboral. Es el cumplimiento del deber, enmarcado en la ética y buenos principios morales.
- c. Objetividad.- Capacidad para la toma de decisiones y realización de procesos de manera correcta, técnica sustentada e imparcial, libre de todo sesgo, desviación o influencia, para tratar todos los asuntos que queden bajo su análisis y estudio; sin prejuicios y de manera técnica.
- e. Confidencialidad. – Reserva a todo nivel del proceso, en el uso de la información a la que tiene acceso una persona, por las funciones que desempeña en su trabajo independientemente de la institución a la que pertenezca.

Los funcionarios públicos que participen en el proceso de la auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud, deberán firmar una declaración de interés, indicando la existencia o no de conflictos de interés en su actividad laboral. Así mismo, las instituciones y funcionarios públicos y privados, que intervengan directamente en el proceso deberán documentar el compromiso de confidencialidad del uso de la información.

ARTÍCULO 44

Norma observada. -

Art. 44.- Lineamientos.- La Red Pública Integral de Salud y la Red Privada Complementaria, en su relacionamiento para la auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud, se sujetarán a los siguientes lineamientos:

- a. No se aplicarán criterios personales, discrecionales o requerirá información diferente a la señalada en esta Norma.
- b. Para la aplicación de métodos estadísticos en el Control Técnico Médico de Pertinencia Médica, en las Instituciones de la Red Pública Integral de Salud, respecto de las prestaciones de salud otorgadas por los establecimientos de salud públicos y privados, se aplicará la Norma vigente que sobre el tema haya emitido la Autoridad Sanitaria Nacional.
- c. El personal no médico, sólo podrá revisar los documentos médicos en lo referente a la forma, pero no en lo referente a la pertinencia técnica.
- d. El financiador/asegurador no puede requerir al prestador de salud la entrega de la historia clínica o su copia, sin la autorización escrita firmada por el paciente o representante legal de la persona a la que corresponda la historia, de acuerdo con el Reglamento para el Manejo de Información Confidencial en el Sistema Nacional de Salud.
- e. La revisión de pertinencia médica de la auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud no es una auditoría de caso clínico.
- f. El médico que realiza control técnico médico en la auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud no debe ser llamado para ejecutar auditoría de caso clínico o calificación de prestadores de servicios de salud.
- g. La identificación de un prestador de diferente nivel de complejidad al que se requería por la condición de salud se aplica para establecer correctivos en los mecanismos de derivación y referencia. Por tanto, no es causa de débito al prestador, pero sí de observación al derivador.
- h. La mala calidad de la información del Formulario-053 Referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa, no es causa de objeción o débito al prestador, pues no es de su responsabilidad, sino de observación al establecimiento de salud que realiza la derivación.
- i. Para el levantamiento de objeciones se aplicará lo establecido en esta Norma, y no es necesario volver a enviar documentos ya incluidos en el trámite original.
- j. Las planillas individuales se consolidarán en una factura global mensual por servicio, es decir una por cada atención en internación/hospitalización, ambulatoria, emergencia, pre-hospitalario; y, diálisis.
- k. Para que el establecimiento de salud brinde la atención para tratamiento integral y continuo, de acuerdo con la necesidad de salud del usuario/paciente, bastará el Formulario 053-Referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa o la entrega del código de validación, únicamente para la Red Privada Complementaria.
- l. El tratamiento integral es el conjunto de prestaciones y actividades de salud, necesarias y requeridas para realizar diagnóstico, tratamiento, evaluación y seguimiento de un paciente que padezca una alteración en su estado de salud. Incluye atenciones en emergencia, consulta externa, servicios profesionales, auxiliares de diagnóstico y

- tratamiento, servicios institucionales, provisión de medicamentos, dispositivos médicos, incluso los de uso domiciliario.
- m. El proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud, debe garantizar la confidencialidad de la información del usuario/paciente y del prestador de los servicios de salud.
 - n. Para evitar conflictos de interés, el personal que desarrolle esta actividad no cumplirá otras actividades diferentes a este proceso, tales como atención para derivaciones, autorizaciones, coordinación de atenciones con prestadores públicos y privados. Para tal fin, los financiadores/aseguradores deberán constituir equipos técnicos independientes a cargo de cada proceso.
 - o. Para el pago de servicios se aplicará el nivel de atención señalado en el permiso de funcionamiento, independientemente del nivel al que corresponda la atención. De existir duda por la consistencia de lo expresado en el permiso y lo evidenciado por un subsistema, este subsistema procederá a solicitar a la Autoridad Sanitaria Nacional la evaluación del prestador para la definición de la tipología que corresponda, para su inmediata aplicación.
 - p. Los subsistemas organizarán las respectivas micro redes, redes y macro redes para que los pacientes puedan concurrir a los establecimientos de salud, ingresando por el Primer Nivel de Atención y cumpliendo el proceso de referencia/derivación y contrareferencia. Mientras esta organización se articula y organiza con una funcionalidad efectiva, los pacientes podrán ser atendidos en los establecimientos de salud que estén disponibles en el área geográfica aunque no correspondan al Primer Nivel de Atención, con lo que se garantiza el cumplimiento del acceso a los servicios de salud dispuesto en la Constitución. Si un prestador que ha recibido un paciente de la RPIS debe, por razones médicas justificadas, a su vez, derivar al paciente para un procedimiento, consulta o ayuda diagnóstica o a otra prestación, no se requerirá la emisión de otro código de validación. El prestador de la primera derivación planillará/facturará el valor de la prestación derivada en servicios externos, adjuntando la respectiva factura.
 - q. En el caso de coberturas compartidas la auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud se realizará de la siguiente manera:
 - 1. En todos los casos en los que el IESS financie el 100% o un porcentaje de la prestación, el IESS realizará el proceso sobre el 100% del valor de lo planillado.
 - 2. En todos los otros casos de coberturas compartidas y financiamiento compartido, realizará la auditoría del 100% del valor de lo planillado el subsistema que autoriza la derivación o entrega el código de validación.
 - 3. Una vez efectuado el proceso, enviará el informe de liquidación al prestador para el levantamiento de objeciones y con el proceso completo procederá al pago de lo pertinente a su cobertura, emitiendo la respectiva liquidación que servirá al prestador para solicitar el pago al otro u otros financiadores/aseguradores que tengan responsabilidad compartida en el financiamiento.
 - 4. Estos otro u otros financiadores/aseguradores procederán al pago de lo que les corresponde, utilizando la liquidación enviada sin que sea necesario realizar un nuevo proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud.

Fundamento técnico

Se considera debe aclararse definiciones, alcance, entorno y condicionales de este proceso, se sugiere mejorar redacción para dar la claridad adecuada y suficiente, evitando dar lugar a

interpretaciones, puesto que la redacción presentada presenta ambigüedades que podrían ser mal utilizadas por cualquiera de los actores que intervengan durante el proceso de auditoría.

Propuesta de reforma.

Art. 44.- Lineamientos.- La Red Pública Integral de Salud y la Red Privada Complementaria, en el marco del relacionamiento interinstitucional, y en lo referente al proceso de “auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud”, se sujetarán a los siguientes lineamientos:

- a. Ninguna persona que participe en el proceso deberá aplicar criterios subjetivos o de tipo personal, criterios discrecionales, o tomar decisiones administrativas sin un fundamento técnico adecuado.
- b. Ninguna de las instituciones o instancias que intervengan en el proceso, podrá requerir información adicional diferente a la señalada en esta Norma.
- c. Los financiadores/aseguradores de la Red Pública Integral de Salud, podrán aplicar métodos estadísticos de selección aleatoria en la fase de “Control Técnico Médico”, respecto de las prestaciones de salud otorgadas por los prestadores de salud públicos y privados, para esto, se aplicará la Norma vigente que sobre el tema haya emitido la Autoridad Sanitaria Nacional. Las instituciones de financiamiento/aseguramiento privado podrán utilizar de manera optativa estos procedimientos.
- d. El proceso de Auditoría de la calidad de la facturación se lo deberá realizar de manera paralela e independiente por cada uno de los financiadores públicos o privados, en base a la cobertura específica de cada uno, para lo cual el prestador/asegurador de salud público o privado deberá generar los documentos requeridos de manera paralela.
- e. El personal que participe en el proceso deberá remitirse a lo que su competencia le faculta, para el efecto, solo el médico (odontólogo o enfermera) podrán revisar el contenido y detalle de los documentos clínicos del paciente, el resto del personal administrativo, deberá restringirse únicamente a la revisión de la existencia y los rasgos de forma de la documentación.
- f. El financiador/asegurador sea este público o privado no puede requerir al prestador de salud público o privado la entrega de la historia clínica o su copia, sin la autorización suscrita por el paciente o representante legal de la persona a la que corresponda la historia, de acuerdo con el Reglamento para el Manejo de Información Confidencial en el Sistema Nacional de Salud. Así mismo, cuando medie una autorización, ningún prestador de servicios de salud, sea este público o privado podrá negar la información requerida al paciente o a su financiador.
- g. La revisión de pertinencia en la fase de Control Técnico Médico de la auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud no es, ni deberá ser aplicada como una auditoría de caso clínico o auditoría de la calidad prestacional, o con otro fin que no sea el establecido en esta normativa.
- h. El médico o profesional de las instituciones públicas, que realiza el subproceso de control técnico médico en la auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud no debe ser llamado para ejecutar auditorías de caso clínico o procesos de calificación de prestadores de servicios de salud.
- i. La utilización y prestación de servicios por un prestador de diferente nivel de atención y/o complejidad al que se hubiera requerido por la condición clínica del paciente, es un motivo de observación, y es motivo de controles correctivos en los mecanismos o

- instituciones que realizan la derivación y referencia. Por tanto, no es causa de débito al prestador, pero sí de observación al derivador.
- j. La insuficiente o deficiente información del Formulario-053 Referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa, no es causa de objeción o débito al prestador, pues no es de su responsabilidad, sino de observación al establecimiento de salud que realiza la derivación. En caso de requerirse corrección o ampliación de lo registrado en el Formulario 053, será responsabilidad del establecimiento prestador de servicios el solicitar la misma, y será responsabilidad del órgano derivador gestionar y entregar de manera completa el formulario, sin que medie en esto el usuario o sus familiares.
 - k. Para el levantamiento de objeciones se aplicará lo establecido en esta Norma, por lo que NO es requerido volver a enviar documentos ya incluidos en el trámite original. La institución que realiza el proceso de auditoría para levantamiento de objeciones no podrá requerir documentación adicional a la establecida para el proceso.
 - l. Los valores aprobados después del proceso de auditoría, registrados en las planillas individuales se consolidarán en una factura global mensual por tipo de servicio, es decir se enviará una factura por cada una de los grupos de atenciones de hospitalización, ambulatoria, emergencia, pre-hospitalario; y, diálisis.
 - m. Para que el establecimiento de salud brinde la atención para tratamiento integral y continuo, de acuerdo con la necesidad de salud del usuario/paciente, bastará el Formulario 053-Referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa; para la Red Privada Complementaria será requerido la entrega del código de validación. Los procesos de atención no deberán ser retrasados por la demora en los procesos administrativos de gestión.
 - n. El tratamiento integral es el conjunto de prestaciones y actividades de salud, necesarias y requeridas para realizar el diagnóstico, evaluación, tratamiento, y seguimiento de un paciente que presente una condición específica de salud. Esto incluye las atenciones en emergencia, consulta externa, servicios profesionales, auxiliares de diagnóstico y terapéuticos, servicios institucionales, provisión de medicamentos, dispositivos médicos, incluso los de uso domiciliario.
 - o. El proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud, debe garantizar la confidencialidad de la información hacia todos los actores del mismo, primando siempre la confidencialidad de información del usuario, pero además respetando la confidencialidad del prestador de los servicios de salud y de las instituciones financiadoras/aseguradoras.
 - p. Con el fin de mantener un proceso transparente en todas sus instancias, desde las instituciones públicas, deberá definirse personal distinto para que desarrolle las actividades de: atención para derivaciones, autorizaciones, coordinación de atenciones con prestadores públicos y privados, y auditoría de la calidad de la facturación. Para tal fin, los financiadores/aseguradores deberán constituir equipos técnicos independientes a cargo de cada proceso.
 - q. Para identificar la tarifa aplicable para el pago de servicios, se utilizará el nivel de atención señalado en el permiso de funcionamiento del establecimiento prestador de servicios de salud, más no el nivel de complejidad del procedimiento o de la atención. De existir duda por la concordancia entre lo registrado en el permiso, y, la prestación brindada y evidenciado por un subsistema, este último procederá a notificar a la Autoridad Sanitaria Nacional respectiva evaluación del prestador, y definición de la tipología que corresponda.
 - r. Los subsistemas de la Red Pública de salud deberán organizar las respectivas micro redes, redes y macro redes para que los pacientes puedan concurrir a los

establecimientos de salud, ingresando por el Primer Nivel de Atención y cumpliendo el proceso de referencia/derivación y contrareferencia. Mientras esta organización se articula y organiza con una funcionalidad efectiva, los pacientes podrán ser atendidos en los establecimientos de salud que estén disponibles en el área geográfica aunque no correspondan al Primer Nivel de Atención, con lo que se garantiza el cumplimiento del acceso a los servicios de salud dispuesto en la Constitución.

- s. Si un prestador público o privado que ha recibido un paciente de la RPIS debe, por razones técnicas u operativas debidamente justificadas, derivar al paciente para un procedimiento, consulta, ayuda diagnóstica u otra prestación, no se requerirá la emisión de un segundo código, o un código de validación distinto al inicial. El prestador de servicios de salud público o privado que recibe la primera derivación, deberá planillar y facturar el valor de la prestación realizada en servicios externos, adjuntando la respectiva factura.

Con respecto a las coberturas compartidas, la responsabilidad de realización del proceso de la auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud, será de la siguiente manera y orden:

1. Los casos de emergencia que sean autoderivados, y que cuenten con financiamiento privado, deberán ser reportados a la empresa correspondiente. En caso de agotamiento de la primera cobertura, se podrá notificar al subsistema público correspondiente para continuar con la cobertura del paciente, en procura de mantener un proceso de financiamiento continuo hacia el usuario
2. En todos los casos en los que el IESS financie un porcentaje de la prestación, éste realizará el proceso sobre saldo no cubierto por el financiador privado, para lo cual deberá basarse en las planillas (públicas y privadas) de cargos enviadas al mismo, de manera que cada financiador realice su auditoría de manera independiente, y que ambos financien las prestaciones de acuerdo a las condiciones específicas de su cobertura
3. En todos los casos de coberturas y financiamiento compartido, el prestador deberá generar planillas individuales por cada financiador, entregando siempre una copia de las mismas a todos los financiadores, de manera que se realice la auditoría del valor correspondiente del total de lo planillado.
4. El envío de las planillas a cada uno de los financiadores/aseguradores es independiente del subsistema que autoriza la derivación o entrega el código de validación.
5. Una vez efectuado el proceso de auditoría, cada financiador/asegurador, enviará el informe de liquidación al prestador público o privado para el levantamiento de objeciones y con el proceso completo procederá al pago de lo pertinente a su cobertura, emitiendo la respectiva liquidación. De esta manera se evita cualquiera de los financiadores/aseguradores, este solicitado de cubrir excepciones, exclusiones, o prestaciones no pertinentes a su ejercicio
6. Cada institución financiadora, estará en la capacidad de proceder al pago de lo que les corresponde, respetando las condiciones específicas de coberturas y contratos, para lo cual se basará en el proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud.
7. Los prestadores públicos de servicios de salud, deberán realizar el proceso de recuperación de valores incurridos, a través del financiador del subsistema al que pertenezcan, siendo este el encargado de relacionamiento con el financiador privado.

ARTÍCULO 45

Norma observada. -

Art. 45.- (...) Aplicativos.- Para la auditoría de la calidad de los servicios de salud se podrán utilizar aplicativos o sistemas informáticos que den agilidad al proceso; deberán incluir pistas de auditoría y registros de control de los usuarios que aseguren la inviolabilidad de lo actuado. Estas herramientas informáticas deberán estar debidamente probadas y deberán garantizar la confiabilidad de sus resultados.

Fundamento técnico

Existe una confusión entre los roles que debe cumplir el financiador/asegurador sea público o privado y el prestador de servicios de salud, por lo que se recomienda aclarar cada una de esos roles de manera diferenciada.

Propuesta de reforma.

Art. 45.- Aplicativos.- Para la auditoría de la calidad de la facturación, los establecimientos financiadores/aseguradores podrán utilizar aplicativos o sistemas informáticos para mejorar la oportunidad y agilidad del proceso, estos medios deberán incluir de manera obligatoria pistas de auditoría informática y registros de control de las transacciones de los distintos usuarios, para asegurar la inviolabilidad de lo actuado. Estas herramientas informáticas deberán estar debidamente probadas y deberán garantizar la confiabilidad de sus resultados.

De la misma manera los prestadores de servicios de salud públicos o privados, podrán implementar sistemas informáticos para la gestión de historia clínica, esto sistemas deberán tener la misma exigencia en seguridad y auditoría.

ARTÍCULO 46

Norma observada. -

Art. 46.- Firma.- Para el proceso de la auditoría de la calidad de los servicios de salud, se aceptará como válido el tipo de firma, que se utilice en los diferentes documentos.

Fundamento técnico

El artículo no contempla de manera extensa la variedad de tipos de identificación que pueden existir en el proceso de relacionamiento, pues la firma es, actualmente solo uno de aquellos métodos por lo que se propone ampliar la descripción del artículo.

Propuesta de reforma.

Art.- 46 Firmas e Identificación de Profesionales.- Para el proceso de la auditoría de la calidad de los servicios de salud, las instituciones financiadoras/aseguradoras públicas o privadas, así como sus funcionarios, aceptaran como válido el tipo de identificación que utilice el prestador de servicios; estos pueden ser firmas físicas, firma electrónica o registro

informático de usuarios, pudiendo en un mismo expediente existir una o más opciones utilizadas para la gestión de los distintos documentos.

ARTÍCULO 47

Norma observada. -

Art. 47.- Trámite.- Es el conjunto de expedientes generados por las prestaciones de salud brindadas a los pacientes, en un período determinado, que corresponde a un mes calendario; y, en el servicio de internación/hospitalización, las prestaciones brindadas y presentadas a la fecha de alta.

Un trámite debe reunir todos los expedientes de un mes por cada tipo de servicio, esto es uno por internación/hospitalización, uno por emergencia, uno por atención ambulatoria, uno por diálisis/hemodiálisis; y, para los servicios de internación/hospitalización contendrá los expedientes que corresponden a la prestación brindada, desde el ingreso del paciente al servicio hasta la fecha del alta, pudiendo incluirse en el trámite las atenciones recibidas en varios meses consecutivos. No es necesario cortar cada mes el planillaje si el paciente continúa internado en el establecimiento de salud. Por ejemplo, si un paciente ingresa el 30 de un mes, permanece hospitalizado los 31 días del mes siguiente y es dado de alta el 15 del mes subsiguiente, se elaborará un solo expediente y una sola planilla por todos los días que recibió atención en los tres meses de su internamiento. El planillaje de una prestación de hospitalización que incluya tiempos de más de un mes de estancia, se planillará y facturará en el mes en el que se produzca el alta del paciente.

Para los casos de internaciones prolongadas por condiciones crónicas de salud, los establecimientos prestadores podrán realizar el corte del planillaje cada mes.

Se exceptúa de esta disposición el planillaje de trasplantes, que se enviará como un trámite por expediente independientemente.

Fundamento técnico

El artículo presenta una descripción de la forma en la que el trámite deberá ser ordenado y remitido, sin embargo, debido a la extensión del mismo el proceso de elaboración resulta confuso, por lo que se propone una diferenciación de cada una de las etapas y una redacción, que consideramos más clara para definir el trámite. Adicionalmente, no es propio de la norma ejemplificar, pues el ideal es que la misma se redacte de manera clara que permita la comprensión de sus mandatos, permisos o prohibiciones y que no sea susceptible de interpretación ambigua, por lo que sugerimos eliminar la ejemplificación constante en este artículo.

Propuesta de reforma.

Art. 47.- Trámite.- Es el conjunto de expedientes generados por las prestaciones de salud brindadas a los usuarios/pacientes, en un período de tiempo determinado (corresponde a un mes calendario); y, en un tipo de servicio específico (hospitalización, ambulatoria, prehospitalaria, diálisis, emergencia).

Un trámite debe reunir todos los expedientes de un mes por cada tipo de servicio, esto es uno por internación/hospitalización, uno por emergencia, uno por atención ambulatoria, uno por diálisis/hemodiálisis.

Para los servicios de internación/hospitalización, el trámite deberá contener los expedientes que corresponden a la prestación brindada, desde el ingreso del paciente al servicio hasta la fecha del alta, siendo esta última la fecha para organización del trámite, de acuerdo a la gestión interna de cada prestador. Las atenciones recibidas en varios meses consecutivos pueden ser incluidas en un solo trámite al momento de alta, o pueden ser incluidos en los trámites correspondientes con corte a la fecha de fin de mes. No es mandatorio cortar cada mes el planillaje si el paciente continúa internado en el establecimiento de salud. ~~Por ejemplo, si un paciente ingresa el día 30 de un mes, permanece hospitalizado los 31 días del mes siguiente y es dado de alta el día 15 del mes subsiguiente, se elaborará un solo expediente y una sola planilla por todos los días que recibió atención en los tres meses de su internamiento.~~ El planillaje de una prestación de hospitalización se realizara en el mes en el que se produzca el alta del paciente.

Para los casos de internaciones prolongadas por condiciones crónicas de salud, los establecimientos prestadores podrán realizar el corte del planillaje cada mes, de manera que el proceso de auditoria se realice de manera oportuna.

Se exceptúa de esta disposición el planillaje de las atenciones por trasplantes, las mismas que se enviarán como un trámite individual por cada expediente, es decir, cada atención se planillará e enviará para el proceso de auditoría y pago de manera independientemente.

ARTÍCULO 49

Norma observada. –

Art. 49.- Trámite rechazado.- Es el conjunto de documentos verificados en Recepción y/o Revisión Documental, que no cumplen con los requisitos de la Norma vigente, por tanto, no permite continuar con el proceso. El rechazo no constituye una objeción.

Fundamento técnico

Mejora de redacción para evitar interpretación errónea.

Propuesta de reforma.

Art. 49.- Trámite rechazado.- Es el conjunto de expedientes y documentos que una vez sometidos al proceso de Recepción y/o Revisión Documental, no cumplen con los requisitos de calidad y/o suficiencia documental establecidos en la Norma, , y que por tanto, no permite continuar con el proceso. El rechazo no constituye una objeción.

ARTÍCULO 51

Norma observada. –

“Art. 51.- Organización de documentos.- La organización de los documentos que debe enviar el prestador, en cada trámite, es la siguiente...:

Fundamento técnico

Se propone una estructura más organizada que permita una gestión documental adecuada y que mejore los tiempos del proceso de auditoría.

Propuesta de reforma.

Organización de documentos.- La organización de los documentos que debe enviar el prestador, en cada trámite, es la siguiente:

Documentos Comunes para todo Trámite

- a) Oficio/memorando de solicitud de pago (Anexo 3).
- b) Planilla consolidada.
- c) Expediente individual por paciente (de acuerdo al número de expedientes) que incluya:
 - a. Planilla individual original.
 - b. Certificado de afiliación, o impresión de la consulta en línea de la cobertura de salud a los respectivos subsistemas públicos. En caso de menores de edad, las de sus padres.
 - c. Impresión de consulta en línea de afiliación a Empresas de medicina prepagada o seguros con cobertura de salud, esto solo para el caso de coberturas compartidas.
 - d. *Código de validación, en los casos que dispone esta Norma y únicamente para la Red Privada Complementaria.*
 - e. *Acta Entrega – Recepción, según lo dispuesto en esta Norma y solamente para prestadores de la Red Privada Complementaria.*
 - f. Conjunto de documentos clínicos según el tipo de servicio, así al expediente se agregarán los específicos que cada caso requiere

Documentos en caso de Atención en hospitalización:

- a) *Formulario 053-Referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa; o nota de ingreso a internación/hospitalización, en caso de pacientes que, por su condición crítica de salud, o por criterio médico, ingresan directamente al servicio de internación/hospitalización.*
- b) Copia del Formulario 006-Epicrisis.
- c) Copia del Formulario 008-Emergencia, si el paciente fue atendido e ingresado por la unidad de emergencia.
- d. ~~Copia del Formulario – Atención Pre-hospitalaria, en el caso de que la planilla incluya servicios pre hospitalarios. Se considera que se debe retirar, pues no aporta mayores datos clínicos al análisis, además en caso de atención prehospitalaria se deberá incluir en trámite por separado~~

- d) *Copias del protocolo operatorio y del protocolo anestésico, en casos de internación quirúrgica.*
- e) Copia de la bitácora diaria para casos de utilización de servicio de apoyo terapéutico como la Unidad de Cuidados Intensivos.

Documentos en caso de Atención Ambulatoria:

- a) *Copia del Formulario 053 - Referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa, excepto en el caso de consultas subsecuentes para las cuales se utilizará la planilla de cargos.*
- b) *Copia del Formulario 007 - Interconsulta, si el paciente es derivado para una interconsulta.*
- c) *Copia del Anverso del Formulario 010, si se requirieron exámenes de laboratorio clínico.*
- d) *Copia del Formulario 012, de haberse requerido exámenes de imagen o radiología.*
- e) *Copia del Anverso del Formulario 013 (Anexo 17), si se requirieron exámenes histopatológicos.*
- f) *Copia del Formulario 033, para prestación odontológica (Anexo 10).*
- g) *Copia del listado de pacientes de las muestras enviadas y copia del listado de pacientes de las muestras efectivamente procesadas, en caso de muestras múltiples (Anexo 11).*

Documentos en caso de Atención de Emergencia:

- a) Copia del Formulario 008-Emergencia.
- ~~b) Copia del Formulario Atención Prehospitalaria, si se utilizó este servicio.~~
- b) Copia del Formulario 053-Referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa, si el paciente fue derivado desde otro establecimiento de salud.

Documentos en caso de Atención Pre-hospitalaria:

- a) Copia del “Formulario - Atención Prehospitalaria”. (Anexo 9)
- b) Copia de la hoja de ruta de movilización de la ambulancia.

Documentos en caso de Atención de Diálisis:

- a) Informe médico individual trimestral (Anexo 12) del estado general del paciente, donde se especifique su evolución clínica, el estado de la enfermedad, el estado nutricional, la valoración médica y el tratamiento.
- b) Registro mensual del cumplimiento de las sesiones de hemodiálisis.

ARTÍCULO 52

Norma observada. –

Art. 52.- Trasplante.- En el caso de trasplante, cada expediente es un trámite y la organización de los documentos que debe enviar el prestador es por cada expediente, con la siguiente información:

Fundamento técnico

De igual forma se sugiere una propuesta de estructuración de organización documental que facilite y mejore tiempos del proceso.

Propuesta de reforma.

Art. 52.- Trasplante.- En el caso de la atención por trasplante, cada expediente se constituye en un trámite individual, y la organización de los documentos que debe enviar el prestador es la siguiente:

- a. Oficio/memorando de solicitud de pago (Anexo 3).
- b. Planilla según tarifa acordada, este es un pago por paquete y no requiere planilla detallada.
- c. Certificado de afiliación, o impresión de la consulta en línea de cobertura de salud a los respectivos subsistemas públicos. En caso de menores de edad las de sus padres.
- d. Impresión de consulta en línea de afiliación a Empresas de medicina prepagada o seguros con cobertura de salud, esto solo para el caso de coberturas compartidas.
- e. Código de validación, únicamente para los prestadores de la Red Privada Complementaria.
- f. Acta Entrega-Recepción.
- g. Formulario 053-Referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa; o nota de ingreso a internación/hospitalización, en caso de pacientes que por su condición crítica de salud o por criterio médico, ingresan directamente al servicio de internación/hospitalización.
- h. Copia del Formulario 006-Epicrisis.
- i. Copia del Formulario 008-Emergencia, si el paciente fue atendido en el Servicio de Emergencia.

~~Copia del Formulario Atención Pre hospitalaria, en el caso de que la planilla incluya servicios pre hospitalarios.~~

- j. Copia del protocolo operatorio y copia del protocolo anestésico.

ARTÍCULO 53

Norma observada. –

Art. 53.- Primer Nivel de Atención.- Los documentos que se requieren para la auditoría de la calidad de la facturación son:

- a) Oficio de solicitud de pago.
- b) Planilla de cargos consolidada detallada, con base en el registro de atenciones.

Los subsistemas para este fin podrán utilizar sus aplicativos informáticos para facilitar el planillaje y la facturación.

El proceso para la adscripción, territorialización y georeferenciación de los usuarios a las unidades de salud de la Red Pública Integral de Salud, en el Primer Nivel de Atención, se realizará de acuerdo con la normativa que se expida para el efecto.

Fundamento técnico

La norma al ser general y aplicar tanto para procesos realizados desde prestadores privados, cuanto por prestadores públicos debe diferenciar las obligaciones de uno y otro de manera separada, pues no se aplican las mismas normas de igual forma para esos dos sectores.

Adicionalmente, se propone una revisión de la estructura del proceso a fin de que los tiempos se puedan manejar de una manera más adecuada y eficiente.

Propuesta de reforma.

Art. 53.- Primer Nivel de Atención.- Los documentos que requieren los subsistemas públicos para la auditoría de la calidad de la facturación a sus unidades de primer nivel son:

- a) Oficio de solicitud de pago.
- b) Planilla de cargos consolidada detallada, con base en el registro de atenciones.

Los prestadores de servicios de salud de los distintos subsistemas públicos, para este fin, podrán utilizar sus aplicativos informáticos para facilitar el planillaje y la facturación.

El proceso para la adscripción, territorialización y georeferenciación de los usuarios a las unidades de salud de la Red Pública Integral de Salud, en el Primer Nivel de Atención, se realizará de acuerdo con la normativa que se expida para el efecto.

Norma observada. –

Art. 54 al 63

Fundamento técnico

Se considera mandatorio diferenciar el flujo y tiempos de proceso entre lo público y lo privado, para de esta manera no afectar a la gestión propia del prestador, además para evitar que ninguno de los financiadores tenga el riesgo de cubrir prestaciones que no corresponden a su competencia.

ARTÍCULO 54

Norma observada

Art. 54.- Término para la recepción.- El prestador de servicios de salud enviará a los financiadores/aseguradores los documentos para el reconocimiento económico, desde el primero hasta los veinte (20) días laborables del mes siguiente al de realizadas las atenciones.

En los casos de pacientes con patologías tales como las condiciones oncológicas o psiquiátricas, que requieran episodios prolongados de internamiento que duren más de treinta (30) días, la presentación de la planilla podrá ser con corte mensual, desde el primero hasta los veinte (20) días laborables del mes siguiente al de realizadas las atenciones, para facilitar los mecanismos de control de las dos partes.

Para las prestaciones brindadas en el Primer Nivel de Atención de la RPIS, la recepción se realizará en el término de hasta seis (6) meses.

Propuesta de reforma.

Art. 54.- Término para la recepción.- Término para la recepción en el financiador/asegurador público.- El prestador de servicios de salud enviará a los financiadores/aseguradores públicos, los documentos para el reconocimiento económico, desde el primero hasta los veinte (20) días laborables del mes siguiente al de realizadas las atenciones.

En los casos de pacientes con patologías tales como las condiciones oncológicas o psiquiátricas, que requieran episodios prolongados de internamiento que duren más de treinta (30) días, la planilla podrá manejarse con corte mensual, manteniendo las fechas de entrega desde el primero hasta los veinte (20) días laborables del mes siguiente al de realizadas las atenciones, para facilitar los mecanismos de control de las dos partes.

El término de entrega de las planillas no será interdependiente entre los diferentes financiadores/aseguradores.

Para las prestaciones brindadas en el Primer Nivel de Atención de la RPIS, la recepción se realizará en el plazo de hasta seis (6) meses.

ARTÍCULO 55

Norma observada

Art. 55.- Término para revisión documental.- La revisión documental se realizará hasta cinco (5) días laborables una vez recibida la documentación. Si el trámite no es rechazado continúa el flujo del proceso.

Se podrá rechazar el trámite por una sola ocasión, constituyéndose luego en una objeción.

Propuesta de reforma.

Art. 55.- Término para revisión documental.- Término para la fase de control documental.- La revisión documental en los financiadores/aseguradores públicos se realizará hasta cinco (5) días laborables una vez recibida la documentación. Si el trámite no es rechazado continúa el flujo del proceso.

Se podrá rechazar el trámite por una sola ocasión, constituyéndose luego en una objeción.

ARTÍCULO 56

Norma observada

Art. 56.- Término para el proceso de auditoría.- El proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud tendrá un término de hasta cuarenta y cinco (45) días laborables. Los tiempos serán considerados desde la fecha de recepción del trámite con la documentación de respaldo completa.

Propuesta de reforma.

Art. 56.- Término para el proceso de Auditoria de la calidad de la Facturación.- Término para el proceso de Auditoria de la calidad de la Facturación.- El proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud que se realice en instituciones financiadoras/aseguradoras del sector publico, tendrá un término de hasta treinta (30) días laborables.

Los tiempos serán considerados desde la fecha de recepción del trámite con la documentación de respaldo completa. El resultado del proceso será el informe de liquidación y objeciones, el cual deberá enviarse al prestador dentro del mismo tiempo establecido.

El financiador/asegurador, de manera obligatoria, una vez terminado el proceso de auditoría de la calidad de la facturación, y dentro del término máximo de los treinta (30) días establecidos, deberá solicitar la factura al prestador, por los valores aprobados en el primer ciclo de auditoria.

ARTÍCULO 57

Norma observada

Art. 57.- Término para levantamiento de objeciones. - Para el levantamiento de objeciones el prestador de servicios de salud tiene un término de hasta cuarenta y cinco (45) días laborables.

Propuesta de reforma.

Art. 57.- Término para levantamiento de objeciones. - Para el levantamiento de objeciones el prestador de servicios de salud tiene un término de hasta treinta (30) días laborables, los mismos que serán contados a partir de la recepcion del informe de liquidación del primer ciclo de auditoria.

ARTÍCULO 58

Norma observada

Art. 58.- Término de la auditoría al levantamiento de objeciones.- La auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud tendrá un término de hasta cuarenta y cinco (45) días laborables, luego de haber recibido completa la documentación de respaldo, para procesar el levantamiento de objeción.

Propuesta de reforma.

Art. 58.- Término de la auditoría al levantamiento de objeciones. - La segunda fase de la auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud tendrá un término de hasta treinta (30) días laborables, luego de haber recibido completa la documentación de respaldo, para procesar el levantamiento de objeción. Al finalizar esta fase, el financiador o asegurador notificara de manera obligatoria al prestador para que se proceda a emitir la segunda factura por los valores resultantes de la auditoria de levantamiento de objeciones. Esta solicitud estará incluida en el término de los treinta 30 días antes mencionados.

ARTÍCULO 59

Norma observada

Art. 59.- Término para emitir la orden de pago.- La orden de pago se efectuará una vez concluido el proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud, en un término de hasta 30 días laborables posterior a la entrega de la factura.

Propuesta de reforma.

Art. 59.- Término para emitir la orden de pago.- La orden de pago se efectuará una vez concluida cada fase del proceso de auditoría de la calidad de la facturación, es decir al cabo del primer ciclo de auditoria, y al terminar la auditoria de levantamiento de objeciones, la orden de pago se deberá emitir en un término de hasta 15 días laborables posterior a la entrega de cada factura.

ARTÍCULO 60

Norma observada

Art. 60.- Término de entrega de informe de liquidación en coberturas con financiamiento compartido.- Para la entrega del oficio e informes de liquidación por tipo de servicio y mes de prestación desde el prestador al financiador/asegurador, el término es de hasta diez (10) días laborables, a partir de la recepción del Informe de Liquidación.

Propuesta de reforma.

Art. 60.- Término de entrega de informe de liquidación en coberturas con financiamiento compartido.- ~~Término de entrega de informe de liquidación en coberturas con financiamiento compartido.- Para la entrega del oficio e informes de liquidación por tipo de servicio y mes de prestación desde el prestador al financiador/asegurador, el término es de hasta diez (10) días laborables, a partir de la recepción del Informe de Liquidación.-~~ Se sugiere eliminar, y cambiar por lo siguiente:

Para los casos de coberturas compartidas, en donde exista participación de un financiador/asegurador privado, el establecimiento de salud, deberá enviar la planilla de cargos y los documentos respectivos a cada uno de los financiadores de manera directa y en tiempos paralelos. El proceso de auditoría de cada empresa financiadora será independiente de las otras, y se lo realizará en base a lo establecido por cada una de estas.

Los Prestadores podrán coordinar de manera individual los tiempos de auditoria y pago con las empresas de medicina prepagada y los seguros que financien servicios de salud, de manera que el relacionamiento económico sea oportuno, y sin generar afectación al prestador

ARTÍCULO 61

Norma observada

Art. 61.- Término para emitir la orden de pago en coberturas con financiamiento compartido.- El pago de las coberturas compartidas deberá realizarse en el término de hasta veinte (20) días laborables a partir de la recepción de la documentación habilitante para coberturas compartidas y la factura.

Propuesta de reforma.

Art. 61.- Término para emitir la orden de pago en coberturas con financiamiento compartido.- ~~Término para emitir la orden de pago en coberturas con financiamiento compartido.- El pago de las coberturas compartidas deberá realizarse en el término de hasta veinte (20) días laborables a partir de la recepción de la documentación habilitante para coberturas compartidas y la factura.-~~ Se sugiere eliminar, pues el termino para pago en coberturas compartidas es un proceso de negociación privado-privado.

ARTÍCULO 63

Norma observada

Art. 63.- Tiempo para procesos que apliquen a las compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica.- En caso de estos procesos, el tiempo máximo para todas las fases no excederá los noventa (90) días laborables, contados a partir de la fecha de prestación del servicio.

Propuesta de reforma.

Art. 63.- Tiempo para procesos que apliquen a las compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica.- En caso de estos procesos, el tiempo máximo para todas las fases no excederá los sesenta (60) días laborables, contados a partir de la fecha de prestación del servicio.

ARTÍCULO 64

Norma observada. –

Fases de la Auditoría

Art. 64.- Fases de la Auditoría de la Calidad de los Servicios de Salud.- Las Fases de la Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud, son:

- a. Control documental (Recepción documental y revisión documental);
- b. Control técnico médico (Revisión de pertinencia técnica médica); y,
- c. Control de tarifas y liquidación (Revisión técnica de tarifas).

Propuesta de reforma.

Art. 64.- Fases de la Auditoría de la Calidad de los Servicios de Salud.- Las fases del proceso de Auditoría son las siguientes:

- a. Control Documental (Recepción Documental y Revisión Documental);
- b. Control Técnico Médico (Revisión de pertinencia técnica médica); y,
- c. Control de tarifas y liquidación (Revisión técnica de tarifas).

ARTÍCULO 66

Norma observada. –

Art. 66.- Recepción documental.- Se revisará la existencia de los documentos su condición, el orden, la organización, legibilidad e indemnidad, de ser el caso.

Los documentos son:

- a. Oficio de solicitud de pago.
- b. Planilla consolidada.
- c. Archivo plano en medio magnético, de ser el caso.

En caso de entrega de la documentación en medio magnético, ésta deberá contener firma electrónica para garantizar su validez.

Financiadores/aseguradores y prestadores públicos del propio subsistema, pueden utilizar las aplicaciones informáticas que faciliten la auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud. Los prestadores de la RPC deben entregar la documentación física de respaldo de las prestaciones brindadas a los usuarios de la RPIS.

La recepción y revisión documental para el Primer Nivel de Atención, debe verificar la presentación de la solicitud de pago y la planilla consolidada con base en el registro de atenciones. Los subsistemas pueden utilizar las aplicaciones informáticas institucionales, siempre y cuando cumplan todos los parámetros del registro de atenciones.

En esta actividad se aplicará la Lista de Chequeo / Recepción documental (Anexo 13).

Propuesta de reforma.

Recepción documental.- en esta parte del proceso se revisará la existencia de los documentos, su condición, la organización, legibilidad e indemnidad, de ser el caso.

Art. 66.- Recepción documental.-

Los documentos a revisarse son:

- a. Oficio de solicitud de pago.
- b. Planilla consolidada.
- c. Archivo plano en medio magnético, de ser el caso.

En caso de entrega de la documentación en medio magnético, ésta deberá contener firma electrónica para garantizar su validez.

Financiadores/aseguradores, prestadores públicos y privados, pueden utilizar las aplicaciones informáticas que faciliten la auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud. ~~Los prestadores de la RPC deben entregar la documentación física de respaldo de las prestaciones brindadas a los usuarios de la RPIS. “Lo registrado es inconsistente con lo referido en otros puntos de la norma, además que se crea mecanismos diferenciadores no justificados entre la RPIS y RPC, y para el caso de coberturas compartidas, se requiere documentación en físico que permita realizar y validar el proceso.”~~

La recepción y revisión documental para el Primer Nivel de Atención, debe verificar la presentación de la solicitud de pago y la planilla consolidada con base en el registro de atenciones. Los subsistemas pueden utilizar las aplicaciones informáticas institucionales, siempre y cuando cumplan todos los parámetros del registro de atenciones.

En esta actividad se aplicará la Lista de Chequeo / Recepción documental (Anexo 13).

ARTÍCULO 70

Norma observada. –

Art. 70.- Control técnico médico.- El control técnico médico de pertinencia médica, es un proceso técnico en el que el profesional médico evalúa la razonabilidad y pertinencia de los procedimientos médicos aplicados al paciente, frente a las guías y a los protocolos nacionales, o a falta de ellos, a la buena práctica de la medicina basada en evidencia, o a las guías y a los protocolos internacionales.

La pertinencia de los procedimientos odontológicos será realizada por un odontólogo.

En ningún caso el control técnico médico podrá ser realizado por un profesional distinto a los señalados.

Propuesta de reforma.

Art. 70.- Control técnico médico.- La fase de control técnico médico consiste en la evaluación de la pertinencia médica de las prestaciones brindadas, este un proceso estrictamente técnico en el que el profesional médico evalúa la razonabilidad y pertinencia de los procedimientos médicos aplicados al paciente, frente a las guías y a los protocolos nacionales, o a falta de ellos, a la buena práctica de la medicina basada en evidencia, o a las guías y a los protocolos internacionales.

La pertinencia de los procedimientos odontológicos será realizada por un odontólogo.

En ningún caso el control técnico médico podrá ser realizado por un profesional distinto a los señalados.

ARTÍCULO 72

Norma observada. –

Art. 72.- Revisión.- La revisión de la pertinencia médica que debe ejecutar el profesional médico u odontólogo, se ajustará a los lineamientos señalados en esta Norma; y, por ningún concepto debe aplicar criterios a su libre albedrío.

Para la justificación de objeciones el médico u odontólogo, según se trate, podrá solicitar un informe técnico o un reporte médico u odontológico ampliatorio, para aclarar inquietudes razonables, pero no podrá solicitar la presentación de la historia clínica o sus componentes.

En esta etapa, el profesional deberá evaluar la razonabilidad y consistencia del contenido de la información de los documentos médicos que se constituyen en evidencias para su trabajo y procederá a verificar lo siguiente:

- a. La existencia del Informe de Revisión Documental.
- b. Que los registros clínicos detallen en forma completa y veraz el estado del paciente.

- c. La correlación entre los estudios pedidos y realizados al usuario/paciente, con diagnósticos presuntivos y diferenciales.
- d. La correlación de tratamientos clínicos o quirúrgicos aplicados al paciente con la patología.
- e. La correlación de dispositivos médicos utilizados con el o los procedimientos realizados.
- f. La correlación de los medicamentos prescritos y utilizados con el diagnóstico y procedimientos.
- g. Si los medicamentos utilizados constan en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos.
- h. Existencia del informe de autorización para la adquisición y utilización de medicamentos que no constan en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos, de acuerdo con la legislación específica vigente y a la normativa complementaria emitida para tal fin por la Autoridad Sanitaria Nacional.
- i. Que los esquemas y dosis utilizados en el tratamiento del paciente corresponden a lo señalado en los protocolos nacionales o internacionales; o, a falta de ellos, a la buena práctica de la medicina basada en evidencia.
- j. La correlación entre los días de estancia hospitalaria y el diagnóstico.
- k. Si la causa de la internación/hospitalización, corresponde al nivel de atención y complejidad del establecimiento de salud.
- l. Que en la atención del recién nacido se cumpla con lo dispuesto en la Norma vigente, referente a la obligatoriedad de realizar la prueba de Tamizaje Metabólico Neonatal.
- m. Revisar que el informe médico justifique la realización de procedimientos diferentes y/o adicionales a los solicitados en los pedidos del derivador, de ser el caso.

Propuesta de reforma.

Art. 72.- Revisión.- La revisión de la pertinencia médica que debe ejecutar el profesional médico u odontólogo, se ajustará a los lineamientos señalados en esta Norma; y, por ningún concepto debe aplicar criterios a su libre albedrío.

Para la justificación de objeciones el médico u odontólogo, según se trate, podrá solicitar un informe técnico o un reporte médico u odontológico ampliatorio, para aclarar inquietudes razonables, pero no podrá solicitar la presentación de la historia clínica o sus componentes.

En esta etapa, el profesional deberá evaluar la razonabilidad y consistencia del contenido de la información de los documentos médicos que se constituyen en evidencias para su trabajo y procederá a verificar lo siguiente:

- a. La existencia del Informe de Revisión Documental.
- b. Que los registros clínicos detallen en forma completa y veraz el estado del paciente.
- c. La correlación entre los estudios pedidos y realizados al usuario/paciente, con diagnósticos presuntivos y diferenciales.
- d. La correlación entre el diagnóstico y los tratamientos clínicos o quirúrgicos aplicados al paciente con la patología.
- e. La correlación de dispositivos médicos utilizados con el o los procedimientos realizados.

- f. La correlación de los medicamentos prescritos y utilizados con el diagnóstico y procedimientos.
- g. Si los medicamentos utilizados constan en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos, y que aquellos que no se encuentren en el mismo estén debidamente justificados
- h. ~~Existencia del informe de autorización para la adquisición y utilización de medicamentos que no constan en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos, de acuerdo con la legislación específica vigente y a la normativa complementaria emitida para tal fin por la Autoridad Sanitaria Nacional.~~

* Nota—Esta evaluación no aplica para instituciones de la Red Privada Complementaria, pues la oportunidad de prestación al paciente va en contra del proceso de autorización de compra programada (anual) de medicamentos fuera del Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos

- i. Que los esquemas y dosis utilizados en el tratamiento del paciente corresponden a lo señalado en los protocolos nacionales o internacionales; o, a falta de ellos, a la buena práctica de la medicina basada en evidencia.
- j. La correlación entre los días de estancia hospitalaria y el diagnóstico.
- k. Si la causa de la internación/hospitalización, corresponde al nivel de atención y complejidad del establecimiento de salud. * Nota: esto debería ser causa de observación.
- l. Que en la atención del recién nacido se cumpla con lo dispuesto en la Norma vigente, referente a la obligatoriedad de realizar la prueba de Tamizaje Metabólico Neonatal.
- m. Revisar que el informe médico justifique la realización de procedimientos diferentes y/o adicionales a los solicitados en los pedidos del derivador, de ser el caso.

ARTÍCULO 76

Norma observada. –

Art. 76.- Control de tarifas y liquidación.- Es el proceso técnico administrativo financiero, en el que se verifica que el valor de las prestaciones de servicios de salud, esté acorde con el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, o con las disposiciones específicas establecidas por la Autoridad Sanitaria Nacional en casos excepcionales, como techo máximo de pago.

En esta fase, se debe:

- a. Verificar la existencia del informe de revisión documental; y, del control técnico médico, los cuales deben ser originales y contener el nombre, cargo y la firma de responsabilidad de quienes los elaboraron.
- b. Comparar los valores registrados para cada prestación de salud por el prestador del servicio con los valores definidos en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud como techo máximo de pago y realizar los ajustes que sean del caso.
- c. En los casos excepcionales de procedimientos que no cuenten con codificación en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, se verificará que el valor

solicitado por el prestador corresponda a lo acordado entre el prestador y la Autoridad Sanitaria Nacional.

- d. Realizar los ajustes pertinentes entre el número de prestaciones señaladas por el prestador del servicio de salud y las autorizadas por control técnico médico.
- e. Revisar, en el caso de personas que sufrieron accidente de tránsito, que no se duplique la solicitud de pagos entre la planilla de cargos enviada al Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito y la enviada al subsistema correspondiente.
- f. Para el caso de coberturas compartidas en el financiamiento, el segundo financiador solamente verificará el informe de liquidación y no los informes de revisión documental y control técnico médico, ya que son parte del proceso realizado por el primer financiador y forma parte de su expediente.
- g. Revisar y aplicar la prelación de pagos.

Propuesta de reforma.

Art. 76.- Control de tarifas y liquidación.- Es el proceso técnico administrativo financiero, en el que se verifica que el valor de las prestaciones de servicios de salud, esté acorde con el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, o con las disposiciones específicas establecidas por la Autoridad Sanitaria Nacional en casos excepcionales, como techo máximo de pago.

En esta fase, se debe:

- a. Verificar la existencia del informe de revisión documental; y, del control técnico médico, los cuales deben ser originales y contener el nombre, cargo y la firma de responsabilidad de quienes los elaboraron.
- b. Comparar los valores registrados para cada prestación de salud por el prestador del servicio con los valores definidos en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud como techo máximo de pago y realizar los ajustes que sean del caso.

En los casos excepcionales de procedimientos que no cuenten con codificación en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, se verificará que el valor solicitado por el prestador corresponda a lo acordado entre el prestador y la Autoridad Sanitaria Nacional.

- c. Realizar los ajustes pertinentes entre el número de prestaciones señaladas por el prestador del servicio de salud y las autorizadas por control técnico médico.
- d. Revisar, en el caso de personas que sufrieron accidente de tránsito, que no se duplique la solicitud de pagos entre la planilla de cargos enviada al Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito y la enviada al subsistema correspondiente.
- e. Para el caso de coberturas compartidas en el financiamiento, se verificará la planilla de cargos enviada a los otros financiadores/aseguradores, de manera que no se duplique la solicitud de pagos entre la planilla de cargos enviada al financiador privado y la enviada al subsistema público correspondiente.
- f. Revisar y aplicar la prelación de pagos.

ARTÍCULO 77

Norma observada.-

Art. 77.- Liquidación.- Como resultado del control de tarifas se procederá a realizar la liquidación con el detalle de los valores aprobados, objetados y debitados, junto con el detalle de objeciones por cada expediente, en caso de existir.

En el caso de cobertura compartida:

El informe de liquidación que emita el IESS, ISSFA, ISSPOL, MSP o el SPPAT, que realiza el proceso, se constituye en el documento habilitante para el pago, tanto para la institución que realiza la auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud, cuanto para la institución que debe pagar el porcentaje no cubierto por los seguros públicos y/o por las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica.

Propuesta de reforma.

Art. 77.- Liquidación.- *Como resultado del control de tarifas se procederá a realizar la liquidación con el detalle de los valores aprobados, objetados y debitados, junto con el detalle de objeciones por cada expediente, en caso de existir.*

En el caso de cobertura compartida:

El informe de liquidación que emita cada uno de los financiadores/aseguradores, públicos o privados, (IESS, ISSFA, ISSPOL, MSP, SPPAT, empresas privadas) que realiza el proceso, es un documento independiente y no constituye un habilitante para la gestión de cobro que realice el prestador de servicios con cada financiador. Por lo tanto el proceso integral de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud, es individual para cada institución que participa en la cobertura del usuario, por los seguros públicos y/o por las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica.

ARTÍCULO 78

Norma observada. –

Art. 78.- Informe.- Con la respectiva liquidación se procederá a elaborar el informe correspondiente, previo al pago.

En los casos de coberturas compartidas, el informe de liquidación deberá ser remitido al prestador y al financiador/asegurador con el cual se comparte cobertura; adicionalmente el Informe de liquidación debe indicar claramente al prestador, a que otro subsistema le corresponde el pago del porcentaje no cubierto.

Propuesta de reforma.

Art. 78.- Informe.- Con la respectiva liquidación se procederá a elaborar el informe correspondiente, previo al pago.

En los casos de coberturas compartidas, el informe de liquidación debe ser remitido al prestador y al financiador/asegurador con el cual se comparte cobertura; ~~adicionalmente el Informe de liquidación debe indicar claramente al prestador, a que otro subsistema le corresponde el pago del porcentaje no cubierto.~~

ARTÍCULO 100

Norma Observada.-

Art. 100.- De los tiempos del proceso.-

a. Término para la recepción: En el término de hasta veinte (20) días laborables del mes siguiente en el que se efectuó la atención médica al titular y/o beneficiario, la institución de la Red Pública Integral de Salud remitirá la planilla, con el detalle de la atención médica brindada, de conformidad al Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud emitido por la Autoridad Sanitaria Nacional y demás instrumentos normativos que establezcan el proceso de reconocimiento económico por los servicios brindados por los establecimientos de salud...

Fundamento técnico:

Esta norma vuelve a indicar que el pago se realizará aplicando el Tarifario Nacional de Prestaciones, aun cuando existan relaciones entre prestadores y financiadores privados que se dan de manera directa (auto-derivación, derivación por emergencia, atención pre-

Propuesta de reforma:

Incluir un inciso final que diga lo siguiente:

“Este procedimiento no aplicará para los casos en los que los prestadores privados hayan solicitado el pago o reconocimiento económico a las compañías de salud integral prepagada o de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica”.

ARTÍCULO 102

Norma Observada:

Art. 102.- Recuperación del monto de cobertura, según corresponda la prelación, por atención a usuarios pacientes de la RPIS que a la vez son titulares y/o beneficiarios de compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y/o de las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica.

- b. En el caso de que la prestación se haya efectuado en un establecimiento de salud privado y, siempre que se trate de una emergencia calificada por triage I o II, o en las programadas en las que haya mediado la respectiva derivación, las compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada o de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, deberán reconocer al establecimiento de salud privado o reembolsar a la institución de la Red Pública Integral de Salud los montos o valores económicos correspondientes a los pagos efectuados por dichas atenciones, hasta el monto de lo contratado, conforme a las condiciones de cada plan o seguro, y procedimientos descritos en la presente Norma.

Fundamento técnico:

Este artículo tal como presenta una contradicción con el artículo 101, pues el procedimiento descrito en el mismo no permite que las compañías paguen de manera directa a los prestadores. En el mismo sentido que hemos analizado en el resto de la norma debe diferenciarse entre el proceso de relacionamiento entre los aseguradores/financiadores privado con los prestadores públicos y con los prestadores de servicios de salud privados. Por ello proponemos que en el caso de que la relación se dé entre actores privados se permita que los prestadores privados remitan directamente al financiador/asegurador privado la documentación para que se recuperen los valores de manera directa.

Propuesta de reforma:

- a. Las compañías que financien servicios de atención integral de salud medicina pre pagada o de seguros que oferten cobertura de asistencia médica, deberán cancelar al prestador público, los montos económicos por dichas prestaciones hasta el monto contrato y conforme a las condiciones de cada plan o seguro, observando lo establecido para la coordinación de beneficios en referencia excedentes, co-pagos o deducibles.
- b. En el caso de que la prestación se haya efectuado en un establecimiento de salud privado y, siempre que se trate de una emergencia calificada por triage I o II, o en las derivaciones programadas en las que haya mediado el respectivo proceso, las compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada o de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, deberán reconocer de manera directa al prestador de salud privado, los montos o valores económicos correspondientes a los pagos efectuados por dichas atenciones, hasta el monto de lo contratado, conforme a las condiciones de cada plan o seguro, y procedimientos descritos en la presente Norma.

Norma Observada.-

Art. 102.- Recuperación del monto de cobertura, según corresponda la prelación, por atención a usuarios pacientes de la RPIS que a la vez son titulares y/o beneficiarios de compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y/o de las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica.

- c. Las compañías realizarán únicamente la revisión financiera de las planillas remitidas por los financiadores/aseguradores públicos y observarán el siguiente procedimiento:

Término para la recepción de la solicitud de pago: hasta sesenta días (60) días laborables posteriores a la fecha de la prestación.

Término para la revisión: Hasta tres (3) días laborables posteriores a la recepción de la solicitud, las compañías realizarán únicamente la revisión financiera de las planillas remitidas por los financiadores/aseguradores públicos y procederán a la aceptación del monto total de la atención brindada, para lo cual la institución de la Red Pública Integral de Salud emitirá la factura para el cobro respectivo; a la aceptación del monto parcial o no reconocimiento de ningún valor del monto total de la atención, para lo cual la empresa de medicina prepagada o de seguro privado remitirá a la Institución de la Red Pública Integral de Salud solicitante, el informe de la liquidación económica.

Fundamento técnico:

La norma no especifica qué información deberá contener la planilla para que sea sujeta a revisión por parte de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y/o de las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, quienes deberán cruzar dicha información con plan contratado por el usuario/paciente.

La letra c) se refiere a que los financiadores/aseguradores privados solo pueden revisar financieramente las planillas traspasadas por los financiadores/aseguradores público, se debe nuevamente diferenciar el proceso de relacionamiento, por lo que sugerimos una aclaración para que ello opere para los pagos hechos a los prestadores públicos y la parte correspondiente a los prestadores privados.

Propuesta de reforma:

- c. Los financiadores/aseguradores públicos remitirán a las financiadoras/aseguradoras privadas, las planillas que deberán contener como mínimo la siguiente información:
 - Número de cédula del usuario/paciente
 - Fecha de la prestación
 - Diagnóstico
 - Especialidad en la cual recibió la atención
 - Tipo de prestación. En el desglose deberá detallarse los valores que corresponden a los diferentes valores como son: honorarios médicos, insumos, medicinas, gastos hospitalarios, entre otros.

- d. Los financiadores/aseguradores privados, realizarán únicamente la revisión financiera de las planillas remitidas por los financiadores/aseguradores públicos, de los pagos realizados a prestadores públicos y del excedente pagado a los prestadores privados y observarán el siguiente procedimiento:

Término para la recepción de la solicitud de pago: hasta sesenta días (60) días laborables posteriores a la fecha de la prestación.

Término para la revisión: Hasta tres (3) días laborables posteriores a la recepción de la solicitud, las compañías realizarán únicamente la revisión financiera de las planillas remitidas por los financiadores/aseguradores públicos y, de ser el caso, procederán a la

aceptación del monto total de la atención brindada, para lo cual la institución de la Red Pública Integral de Salud emitirá la factura para el cobro respectivo; a la aceptación del monto parcial o no reconocimiento de ningún valor del monto total de la atención, para lo cual la empresa de salud prepagada o de seguro privado remitirá a la Institución de la Red Pública Integral de Salud solicitante, el informe de la liquidación económica, en el mismo período de tiempo.

Norma Observada.-

Art. 102.- Recuperación del monto de cobertura, según corresponda la prelación, por atención a usuarios pacientes de la RPIS que a la vez son titulares y/o beneficiarios de compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y/o de las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica.

... La falta de pago de la factura emitida por la institución de la RPIS, se considerará como falta grave, conforme a lo dispuesto en el artículo 52, numeral 10 de la Ley Orgánica que Regula a las Compañías que Financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que Oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica, y se podrá exigir su cobro en sede judicial y ante el juez competente.

Fundamento técnico:

Conforme lo dispuesto en el numeral tercer del artículo 76 de la Constitución de la República “Nadie podrá ser juzgado ni sancionado por un acto u omisión que, al momento de cometerse, no esté tipificado en la ley como infracción penal, administrativa o de otra naturaleza”; teniendo en cuenta que la falta administrativa descrita en esa norma no se encuentra tipificada en la ley, consideramos que la misma podría ser inconstitucional, , ya que violenta el principio de legalidad para sanciones establecido en la disposición constitucional citada.

Propuesta de reforma:

Eliminar el siguiente texto:

“...se considerará como falta grave, conforme a lo dispuesto en el artículo 52, numeral 10 de la Ley Orgánica que Regula a las Compañías que Financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que Oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica”

La falta de pago de la factura emitida por los prestadores públicos o privados, será considerado como incumplimiento y por ende se podrá exigir su cobro en sede judicial y ante el juez competente.