



**OBSERVACIONES DE ACHPE AL DOCUMENTO DEL COS PARA EL 2DO
DEBATE EN EL PLENO DE LA ASAMBLEA NACIONAL.**

Mayo de 2019

CONTIENE

	Pág.
I. REGULACIÓN DE LAS TARIFAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD.....	2
Artículo 46. Facultades de Gobernanza, Regulación, Control y Salud Pública.....	2
II. OBLIGATORIEDAD DE LA ATENCIÓN ESTABLECIDA PARA LOS PRESTADORES DE LA RED COMPLEMENTARIA PRIVADA, CALIFICADOS Y NO CALIFICADOS PARA SER PRESTADORES DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD.....	4
Artículo 68. Obligaciones de los prestadores para la derivación.....	4
Artículo 69. Derivación de pacientes hacia la Red Pública Integral de Salud, prestadores privados nacionales y prestadores internacionales.....	5

LIBRO I

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

I. REGULACIÓN DE LAS TARIFAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

Artículo 46.

- A. Texto aprobado por la Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud de la Asamblea Nacional para el Segundo debate en el Pleno de la Asamblea.**

PARÁGRAFO I

FACULTADES DE GOBERNANZA, REGULACIÓN, CONTROL Y SALUD PÚBLICA.

Artículo 46.- Facultades de gobernanza, regulación y control.- La Autoridad Sanitaria Nacional ejercerá, sin perjuicio de otras facultades otorgadas por la Ley, las siguientes:

1. Rectoría sobre el Sistema Nacional de Salud y definición de los objetivos, lineamientos, contenidos sanitarios nacionales, transformación sectorial y los que se incluyan en las políticas sectoriales que intervienen sobre los determinantes de la salud, en coordinación con las demás entidades competentes del Estado;
2. Formular, coordinar, ejecutar, controlar y evaluar la ejecución de la Política Nacional de Salud, objetivos, prioridades y líneas de acción de la misma.
3. Formular, implementar, evaluar y actualizar periódicamente el Plan Sectorial de Salud;
4. Formular e implementar el modelo de atención integral de salud a nivel individual, familiar, comunitario e intercultural con base en la Atención Primaria de Salud, de aplicación obligatoria para el Sistema Nacional de Salud; promover su mejoramiento continuo y evaluarlo periódicamente;
5. Promover la participación social representativa, colectiva e individualizada en salud, en el marco de la política y normativa definida por las entidades competentes; y, dictar las normas para el ejercicio del voluntariado en los establecimientos prestadores de servicios de salud;
6. Monitorear, evaluar y analizar el estado de salud de la población; regular y aprobar los estudios de impacto en la salud de la población; y, establecer las prioridades de atención de acuerdo al análisis de situación, evidencia científica y recursos disponibles;
7. Formular políticas, programas y acciones de prevención, habilitación, rehabilitación y cuidados paliativos para la atención integral de la salud, con un enfoque de género, generacional e intercultural y que respondan a las necesidades poblacionales;
8. Formular políticas, mecanismos y regulaciones necesarias para garantizar la disponibilidad, calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos y dispositivos médicos, así como, la disponibilidad de medicamentos y dispositivos médicos esenciales, medicamentos huérfanos y otros de difícil acceso;
9. Formular la política de sangre y sus derivados y vigilar su cumplimiento;
10. Coordinar y participar con las entidades competentes en la formulación, ejecución y evaluación de la formación de talento humano; promover el desarrollo y capacitación

- continua del talento humano en salud y, planificar estratégicamente el desarrollo integral de los recursos humanos en salud;
11. Establecer un sistema de licencia para el ejercicio profesional de los prestadores individuales de salud y renovación de la misma;
 12. Coordinar y participar con otros organismos competentes, el diseño de políticas y normas para garantizar la seguridad alimentaria y nutricional, su vigilancia y orientación;
 13. Coordinar y participar con el ente rector del sector industrial el fomento en la producción de medicamentos genéricos con garantía de calidad que respondan a las necesidades de la población y la promoción del uso racional;
 14. Regular las tarifas de los servicios de salud;
 15. Fijar y controlar los precios de medicamentos, y regular los precios de dispositivos, equipos e insumos médicos;
 16. Establecer y ejecutar los criterios, parámetros y métodos para el control de la calidad sanitaria de productos, sustancias y servicios de uso humano y consumo;
 17. Desarrollar mecanismos de evaluación del impacto que las tecnologías sanitarias provocan en la salud; autorizar la incorporación de nuevas tecnologías sanitarias en la Red Pública Integral de Salud según prioridades nacionales; y, determinar el impacto y utilidad de las tecnologías sanitarias en el Sistema Nacional de Salud.
 18. Regular y controlar, a través de la entidad adscrita correspondiente, el funcionamiento de establecimientos e instalaciones sujetas a control sanitario y sancionar la inobservancia de la ley, asegurando la transparencia y el debido proceso;
 19. Regular y establecer los mecanismos de complementariedad con los prestadores de servicios de salud privados; y,

B. Apreciación de ACHPE.

Preocupa a ACHPE que el Código Orgánico de la Salud deje establecido en el acápite 14 del artículo 46, la regulación de las tarifas de los servicios de salud, sin aclarar que esta facultad está referida solamente a las tarifas de la Red Pública Integral de Salud, tal y como ocurre en la actualidad.

Si bien, el **“Artículo 70.- Instrumento para el reconocimiento económico de los servicios de salud”**, si especifica que dicho instrumento establecerá *“los mecanismos de pago y el proceso de reconocimiento económico de los servicios de salud brindados por instituciones públicas entre sí y para la compra de servicios de éstas a entidades privadas”* y también menciona *“que será elaborado en coordinación con todas las instituciones de la Red Pública Integral de Salud; y un delegado técnico de los prestadores de servicios de salud privado. Para tales efectos, dicho instrumento será de cumplimiento nacional y obligatorio por parte de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud”*, ACHPE considera que el contenido de este texto debería ser incluido en el acápite 14, del Artículo 46 del Libro I del COS.

ACHPE cree que el acápite mencionado al no quedar explícitamente definido en su presentación actual en el COS podría poner en riesgo la sostenibilidad de las instituciones de la Red Privada Complementaria.

C. Propuesta de ACHPE.

“ ...

14. Regular las tarifas de los servicios de salud que se utilizan para el pago de los servicios entre las instituciones de la Red Pública Integral de Salud, RPIS entre sí y en la relación que se establezca entre éstas y las instituciones de la Red Complementaria Privada, como consecuencia de la atención brindada por estos últimos a los pacientes de la RPIS.

...”

II. OBLIGATORIEDAD DE LA ATENCIÓN ESTABLECIDA PARA LOS PRESTADORES DE LA RED COMPLEMENTARIA PRIVADA, CALIFICADOS Y NO CALIFICADOS PARA SER PRESTADORES DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD.

Artículo 68

A. Texto aprobado por la Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud de la Asamblea Nacional para el Segundo debate en el Pleno de la Asamblea.

Artículo 68.- Obligaciones de los prestadores para la derivación. - Los prestadores de servicios de salud públicos tendrán la obligación de atender a los pacientes derivados por los miembros de la Red Pública Integral de Salud, siempre que tengan la capacidad resolutive, garantizando la calidad de la atención.

Los prestadores de servicios de salud privados, que hayan sido calificados como proveedores de servicios conforme lo dispuesto en este Código y la normativa que dicte para el efecto la Autoridad Sanitaria Nacional, tendrán la obligación de recibir a los pacientes derivados por la Red Pública Integral de Salud, garantizando la calidad de la atención. La Autoridad Sanitaria Nacional emitirá la normativa para el pago de los servicios brindados que garantice la sostenibilidad financiera de los prestadores de servicios de salud involucrados.

B. Apreciación de ACHPE.

ACHPE plantea la necesidad de tomar en cuenta que uno de los renglones del trabajo de las clínicas y hospitales privados es la atención de pacientes que cuentan con financiamiento propio o disponen de un seguro privado, a éste se suma la atención de los pacientes derivados o cubiertos por la Red Pública Integral de Salud, RPIS.

Esta realidad determina que las instituciones de la Red Complementaria Privada, RCP, en ocasiones no dispongan de camas operativas para prestar la atención a los pacientes cubiertos por las instituciones de la RPIS. También puede ocurrir que por diversas circunstancias entre las cuales destaca el atraso considerable de los pagos por parte de las instituciones de la Red Pública Integral de Salud, las instituciones de salud privadas no tengan la capacidad resolutive para garantizar la calidad de la atención y la seguridad del paciente. ACHPE considera que el criterio

de “tener la capacidad resolutive” debe establecerse por igual a las instituciones de la RPIS como de la RCP.

Considerando que las situaciones mencionadas son muy reales, ACHPE plantea que la obligatoriedad de atención establecida para los prestadores externos calificados, debe considerar esta salvedad y por lo tanto propone el texto subrayado que consta en su propuesta.

B. Propuesta de ACHPE.

“Artículo 68.- Obligaciones de los prestadores para la derivación. - Los prestadores de servicios de salud públicos tendrán la obligación de atender a los pacientes derivados por los miembros de la Red Pública Integral de Salud, siempre que tengan la capacidad resolutive, garantizando la calidad de la atención.

Los prestadores de servicios de salud privados, que hayan sido calificados como proveedores de servicios conforme lo dispuesto en este Código y la normativa que dicte para el efecto la Autoridad Sanitaria Nacional, tendrán la obligación de recibir a los pacientes derivados por la Red Pública Integral de Salud, siempre que tengan la capacidad resolutive necesaria para la atención, garantizando la calidad de la misma y la seguridad del paciente. La Autoridad Sanitaria Nacional emitirá la normativa para el pago oportuno de los servicios brindados que garantice la sostenibilidad financiera de los prestadores de servicios de salud involucrados”.

Artículo 69

A. Texto aprobado por la Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud de la Asamblea Nacional para el Segundo debate en el Pleno de la Asamblea.

Artículo 69.- Derivación de pacientes hacia la Red Pública Integral de Salud, prestadores privados nacionales y prestadores internacionales.- Los establecimientos prestadores de servicios de salud que conforman la Red Pública Integral de Salud podrán derivar a pacientes hacia otros establecimientos prestadores de servicios de salud, tanto de la Red Pública Integral de Salud como a prestadores de servicios de salud privados debidamente calificados como proveedores de servicios, cuando no cuenten con la capacidad para resolver las necesidades de salud de un paciente determinado, de acuerdo a la normativa establecida para el efecto por la Autoridad Sanitaria Nacional.

Los pacientes de las instituciones de la Red Pública Integral de Salud que requieran prestaciones para las cuales no exista la capacidad resolutive dentro de la Red Pública Integral de Salud o en los prestadores de servicios de salud privados calificados, serán derivados a establecimientos de salud privados no calificados como proveedores de servicios, que cuenten con dicha capacidad, en cuyo caso el reconocimiento económico se sujetará a la normativa específica que deberá contener el instrumento para el reconocimiento económico de los servicios de salud.

Los pacientes de las instituciones de la Red Pública Integral de Salud que requieran tratamientos especializados para los cuales no exista la capacidad resolutive dentro del Sistema Nacional de Salud, podrán ser derivados internacionalmente para su manejo, de acuerdo a la disponibilidad presupuestaria y normativa establecida para el efecto por la Autoridad Sanitaria Nacional.

Las instituciones de la Red Pública Integral de Salud deberán asegurar los recursos para la derivación de sus pacientes, garantizando la sostenibilidad financiera de los establecimientos prestadores de servicios de salud involucrados.

B. Apreciación de ACHPE.

ACHPE solicita tomar en cuenta los planteamientos que constan en la Apreciación del artículo 68.

Además, ACHPE plantea que la obligatoriedad de la atención establecida para los prestadores externos no calificados, debe establecerse sólo en situación de emergencia. Además de la salvedad antes mencionada y el criterio de “tener la capacidad resolutive” debe aplicarse en forma indistinta tanto para las instituciones de la RPIS como para las de la RCP. Por otro lado preocupa a ACHPE que en los casos de las instituciones no calificadas podría presentarse el caso de instituciones que no hayan suscrito el contrato con el IESS, requisito exigido por la Contraloría General del Estado. En base a lo antes mencionado, ACHPE propone el texto que consta en su propuesta.

C. Propuesta de ACHPE.

“Artículo 69.- Derivación de pacientes hacia la Red Pública Integral de Salud, prestadores privados nacionales y prestadores internacionales.- Los establecimientos prestadores de servicios de salud que conforman la Red Pública Integral de Salud podrán derivar a pacientes hacia otros establecimientos prestadores de servicios de salud, tanto de la Red Pública Integral de Salud como a prestadores de servicios de salud privados debidamente calificados como proveedores de servicios, cuando no cuenten con la capacidad para resolver las necesidades de salud de un paciente determinado, de acuerdo a la normativa establecida para el efecto por la Autoridad Sanitaria Nacional.

Los pacientes en estado de emergencia de las instituciones de la Red Pública Integral de Salud que requieran prestaciones para las cuales no exista la capacidad resolutive dentro de la Red Pública Integral de Salud o en los prestadores de servicios de salud privados calificados, serán derivados a establecimientos de salud privados no calificados como proveedores de servicios, siempre que tengan la capacidad resolutive necesaria para brindar dicha atención, garantizando la calidad de la misma y la seguridad del paciente. En este caso el reconocimiento económico se sujetará a la normativa específica que deberá contener el instrumento para el reconocimiento económico de los servicios de salud.

Los pacientes de las instituciones de la Red Pública Integral de Salud que requieran tratamientos especializados para los cuales no exista la capacidad resolutive dentro del Sistema Nacional de Salud, podrán ser derivados internacionalmente para su manejo, de acuerdo a la disponibilidad presupuestaria y normativa establecida para el efecto por la Autoridad Sanitaria Nacional.

Las instituciones de la Red Pública Integral de Salud deberán asegurar los recursos para la derivación de sus pacientes y la atención de aquellos en estado de emergencia cubiertos o financiados por ellas, garantizando la sostenibilidad financiera de los establecimientos prestadores de servicios de salud involucrados”.