

## OBSERVACIONES DE ACHPE

**Reglamento del Relacionamiento para la prestación de servicios de salud entre instituciones de la Red Pública Integral de Salud - RPIS, de la Red Privada Complementaria - RPC y el Servicio Público para pago de Accidentes de Tránsito - SPPAT; y, su reconocimiento económico.**

**OCTUBRE DE 2020**

**A. La eliminación en el presente Reglamento, de las compañías de Seguros y Medicina Prepagada constituye un cambio estructural que afecta la naturaleza del relacionamiento y la articulación entre la RPIS y la RPC planteada en la Norma de Relacionamiento vigente. Este cambio entraña graves implicaciones para los pacientes, financiadores/aseguradores públicos y los prestadores públicos y privados.**

1. En el Artículo 2 que está referido al **Ámbito de aplicación del presente Reglamento**, se ha eliminado a las compañías de Seguros y Medicina Prepagada y al hacerlo el financiamiento que estas compañías aportaban al Sistema Nacional de Salud, deberá ser asumido por los financiadores/asegurados públicos y/o por los pacientes.

**“Art. 2.- Ámbito.-** Las disposiciones del presente Reglamento son de aplicación obligatoria para todos los financiadores/aseguradores y prestadores de servicios de salud de la Red Pública Integral de Salud, de la Red Privada Complementaria; y, el Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito SPPAT o quien haga sus veces. 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”.

2. El Artículo 42 ratifica la aseveración anterior, al eliminar en la **Prelación de pagos a las compañías de Seguros y Medicina Prepagada que constaban en la Norma vigente en primer lugar.**

La eliminación de las compañías de Seguros y Medicina Prepagada en el Artículo 42, implica que la demanda de pago por la atención de los pacientes con doble aseguramiento: privado y público, se hará en primer lugar al SPPAT (en los casos de accidentes de tránsito), luego al IESS, ISSFA e ISSPOL y finalmente al MSP y en los casos de emergencias por otras causas, la prelación se inicia con las tres instituciones de la seguridad social y luego el MSP. Es decir que en su mayoría, los pacientes estarán cubiertos o financiados por los aseguradores/financiadores públicos. Esta decisión lleva implícita una afectación económica importante para los aseguradores/financiadores públicos, para los pacientes y para los prestadores privados y públicos.

Es necesario mencionar que a pesar de haber retirado del listado de prelación a las compañías de Seguros y Medicina Prepagada, en la primera línea de este artículo se habla de “las instituciones financiadoras/aseguradoras públicas, privadas y el SPPAT...”

#### **“DE LA PRELACIÓN DE PAGOS**

**Art. 42.- Prelación de pagos.-** Las instituciones financiadoras/aseguradoras públicas, privadas y el SPPAT o quien haga sus veces, participarán responsable, solidaria y equitativamente en el pago de las atenciones que reciban sus beneficiarios; por tanto, los establecimientos prestadores de servicios de salud requerirán el pago de las prestaciones de servicios de salud dadas, según el siguiente orden de prioridad:



1. Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito (SPPAT) o quien haga sus veces, hasta el total de la cobertura por servicios de salud a usuarios/pacientes víctimas de accidente de tránsito.
2. Seguridad Social Pública (IESS, ISSFA e ISSPOL).
3. Ministerio de Salud Pública, para los casos en que la persona no cuente con un plan de cobertura de la Seguridad Social.

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

3. **En el Artículo 43, al hablar de “excedente”, sólo se hace mención al excedente que pueda ocurrir en el caso de los pacientes con cobertura del SPPAT ya no se hace referencia al excedente que se produce cuando se ha consumido la cobertura contratada con las compañías de Seguros y Medicina Prepagada.**

Lo establecido en este artículo, aumenta la carga financiera que se está imponiendo a los aseguradores/financiadores públicos.

**“Art. 43.- Excedente.-** Es el monto que se produce cuando el valor de una prestación de salud otorgada al usuario/paciente, supera el monto de cobertura estipulado en el Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito (SPPAT) o quien haga sus veces”.

4. **El Artículo 44, al referirse a las coberturas compartidas tanto en las consideraciones especiales como al establecer la prelación de la cobertura compartida, solo menciona a los regímenes de aseguramiento de seguros sociales públicos, ya no habla de la cobertura compartida con las compañías de Seguros y Medicina Prepagada.**

**“Art. 44.- Coberturas compartidas.-** En el caso de beneficiarios con dos o más regímenes de aseguramiento de seguros sociales públicos, se observará los siguientes lineamientos:

**Consideraciones especiales:**

- a) 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.
- b) 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.
- c) 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.
- d) 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.

### **Prelación de cobertura compartida**

- 1.- Usuario/paciente que sea titular de dos seguros sociales públicos, 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, 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 público en salud, 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, 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 será responsabilidad del IESS.
- 11.- Usuario/paciente dependiente de dos subsistemas de aseguramiento público en salud, la cobertura de la prestación será otorgada por los dos subsistemas en partes iguales.

En los casos que no estén contemplados en los numerales anteriores, se procederá a homologar, siguiendo el mismo sentido antes descrito.

En todos los casos que las atenciones de salud no correspondan a un accidente de tránsito, se aplicará la prelación de pagos a la instancia de la RPIS que le corresponda en prelación.

En los casos que las atenciones correspondan a pacientes afectados por accidentes de tránsito, se aplicará la prelación de pago en primer lugar al SPPAT hasta el límite de su cobertura, a continuación, a la seguridad social o al Ministerio de Salud Pública, según corresponda.

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.

Si la cobertura es compartida en el financiamiento, el código de validación (únicamente requerido para los prestadores privados), lo entregará el financiador/asegurador de la RPIS que deriva o regula la autoderivación del usuario/paciente (en los casos que el presente reglamento lo permite). El código entregado respalda el servicio y su reconocimiento de pago y aplica a todos los financiadores/aseguradores que compartan la cobertura del paciente”.

**5. La exclusión de las Compañías de Seguros y Medicina Prepagada en el Reglamento propuesto, implica la eliminación de varios artículos que constaban en la Norma de Relacionamento vigente.**

Estos artículos detallaban claramente el proceso que debían seguir los financiadores/aseguradores públicos y los prestadores públicos y privados en la relación con las compañías de Seguros y Medicina Prepagada. En conjunto, proporcionaban una estructura mejor equilibrada en cuanto al funcionamiento y financiamiento del Sistema Nacional de Salud con implicaciones directas en ciertos procesos como Derivación, Autoderivación, Obligaciones de los actores y Derechos de los pacientes.

Para los fines pertinentes nombramos algunos de los artículos suprimidos:

- ✓ **Capítulo VI. Artículo 92 de la Norma de Relacionamento Vigente** que establecía la obligación de las compañías de Seguros y Medicina Prepagada de provisionar el monto de cobertura de la prestación planillada desde la fecha de comunicación de la prestación, hasta la fecha de su cancelación.
- ✓ **Capítulo VII. Del Proceso de Relacionamento con las compañías de Seguros y Medicina Prepagada. Norma de Relacionamento vigente.**

Artículo 94. De la prelación de pagos.

Artículo 95. Del cálculo de liquidación por atenciones.

Artículo 96. Reconocimiento del excedente.

Artículo 97. De los procesos del relacionamiento.

Artículo 98. Fecha de comunicación de la atención.

Artículo 99. Proceso para la recuperación de valores por atenciones brindadas en establecimientos de la RPIS y RPC.

Artículo 100. De los tiempos del proceso.

Artículo 101. Procedimiento para el planillaje y facturación de las prestaciones sanitarias brindadas a los pacientes de la RPIS que son también titulares y/o beneficiarios de las compañías de Seguros y Medicina Prepagada.

Artículo 102. Recuperación del monto de cobertura, según corresponda la prelación por atención a los pacientes de la RPIS que a la vez son titulares y/o beneficiarios de seguros y programas de Medicina Prepagada.

Artículo 103. Del control posterior a la recuperación de valores cubiertos por las compañías de Seguros y Medicina Prepagada.

6. **La Disposición Transitoria Cuarta abre la posibilidad para que cada subsistema público ajuste su normativa interna para permitir el cumplimiento del Reglamento a la Ley que regula a las compañías de Seguros y Medicina Prepagada.**

La Disposición Transitoria Cuarta del presente Reglamento marca un retroceso en el camino recorrido para unificar criterios en las normas que al ser emitidas por la Autoridad Sanitaria Nacional deben establecer los principios básicos de organización del Sistema Nacional de Salud y aportar racionalidad a su funcionamiento.

#### **“DISPOSICIONES TRANSITORIAS**

**CUARTA.-** Los subsistemas de la RPIS, realizarán los ajustes a su normativa interna a fin de que permita el cumplimiento del Reglamento a 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; mientras se emita la normativa específica para dicho efecto, por la Entidad de Control de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada o quien haga sus veces, en ejercicio de sus competencias”.



7. **El Reglamento del Relacionamento para la prestación de servicios de salud entre instituciones de la Red Pública Integral de Salud - RPIS, de la Red Privada Complementaria – RPC y el Servicio Público para pago de Accidentes de Tránsito -SPPAT; y, su reconocimiento económico, podría presentar vicios de nulidad.**

La Norma de Relacionamento vigente responde y guarda coherencia con el contenido 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”, con el Reglamento de dicha Ley Orgánica y con la Ley de Incentivos Tributarios que es la norma que disparó la emisión de la Ley Orgánica antes mencionada.

En su defecto, el Reglamento del Relacionamento que estamos revisando propone un cambio sustantivo en la Norma de Relacionamento vigente al cambiar el ámbito de aplicación de dicho Reglamento pues excluye a las compañías de Seguros y Medicina Prepagada y las elimina en la prelación de pago<sup>1</sup>. Estos podrían constituirse en vicios causales de nulidad.

Finalmente, ACHPE consulta al MSP, los motivos para el cambio del término “Norma” por el de “Reglamento”. ACHPE considera que el documento que estamos revisando es el que sustituirá a la Norma de Relacionamento vigente por lo tanto requerimos una explicación que nos permita entender por qué ahora se aplica el término “Reglamento”.

- B. El documento incluye conceptos claves para la redacción, entendimiento y aplicación del Reglamento que ameritan ser revisados para mantener la debida coherencia con la normativa de salud vigente, especialmente en lo relativo al relacionamiento Institucional.**

La revisión del Reglamento que ACHPE propone constituye una oportunidad para estandarizar algunos conceptos que no observan lo definido en normas específicas y que están vigentes. La Norma Técnica del Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud; el Modelo de Atención Integral en Salud; el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud y los Lineamientos Operativos del Modelo de Atención Integral de Salud, contienen conceptos y definiciones diferentes a las que se expresan o se han incluido en el Reglamento.

Es importante que se revisen los conceptos y se los establezca en la reforma de la Norma de Relacionamento para mantener la coherencia entre los diferentes documentos normativos vigentes que regulan el proceso del relacionamiento interinstitucional; especialmente, el tema de derivación debe quedar claro para que pueda aplicarse, de

<sup>1</sup> En los “Considerando:”, del Reglamento, motivo de este análisis, tampoco se menciona a estos dos cuerpos legales y al Reglamento de la Ley Orgánica que regula a las compañías de Seguros y Medicina Prepagada.

mejor manera, la cobertura en la autoderivación. La derivación que es un proceso programado y que cuenta con la cobertura pública ya que el paciente llega al establecimiento privado con la hoja 053, debe quedar bien definida de manera separada de la autoderivación que, para obtener cobertura pública, debe cumplir criterios técnicos específicos.

Los conceptos claves sobre los que proponemos trabajar y establecer acuerdos son: (i) Derivación, (ii) Autoderivación, (iii) Emergencias y (iv) Urgencias, amén de otros. Con el objeto de aportar una base para el análisis proponemos los siguientes conceptos:

## 1. Derivación<sup>2</sup>.

Es 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 lo que se le envía, buscando la complementariedad de los servicios previa la autorización correspondiente.

Para realizar las derivaciones a la red complementaria, en primer lugar se debe agotar la red pública de salud y se debe utilizar el formulario 053.

## 2. Autoderivación<sup>3</sup>.

Es la asistencia, concurrencia directa de un usuario o usuaria en busca de atención a un establecimiento privado de salud, sin haber sido referido previamente desde un establecimiento de la Red Pública Integral de Salud.

La autoderivación puede producirse en forma obligada o sin elección y por libre elección.

La autoderivación puede darse como una elección obligada en una situación de emergencia, al no haber una alternativa de un prestador de la RPIS, sea por falta de disponibilidad o capacidad resolutive comprobada, o por georreferenciación debido a que el establecimiento privado esté más cercano para el paciente en el momento de la emergencia. En este caso si el Triage determina que la condición del paciente cumple con uno de los criterios de los listados 1 y 2 de Mánchester Modificado, se genera derecho a solicitar cobertura pública del financiamiento de la prestación sanitaria.

La autoderivación por libre elección, es la elección por propia voluntad, de acudir a recibir atención en un establecimiento privado de salud, sea o no una situación de emergencia, sin considerar la georreferenciación ni la disponibilidad en la RPIS. La libre elección no faculta solicitar cobertura pública del financiamiento de la prestación sanitaria.

<sup>2</sup> Concepto de la Norma del Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud vigente.

<sup>3</sup> Conceptos elaborados con base en las definiciones de la Norma del Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud.



### 3. Emergencia.

Son los estados patológicos de manifestación súbita y grave, así como el caso de enfermos que hallándose bajo tratamiento, sufrieren agravamiento repentino, y de los accidentes que requieren de atención de salud inmediata, que al no ser otorgada podría poner en peligro la vida o dejar secuelas que afecten la integridad funcional u orgánica del paciente<sup>4</sup>.

Es la alteración de la integralidad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requieren de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras<sup>5</sup>.

### 4. Urgencia.

Es todo estado patológico de rápida instauración o por accidente fortuito, que no pone en riesgo inmediato la vida del paciente, pero que genera la necesidad imperiosa de recibir o brindar atención de salud<sup>6</sup>.

Enfermedad o problema de salud que podría convertirse en una emergencia si es que el cuidado médico dado por una condición que, sin tratamiento en su debido tiempo, se podría esperar que resulte en emergencia<sup>7</sup>.

## C. Importancia de establecer acuerdos entre los representantes de la RPIS y la RPC sobre temas de carácter operativo.

ACHPE propone algunos temas de carácter operativo para que sirvan de base en el análisis y acuerdos entre los representantes de la RPIS y RPC.

### CLÍNICAS Y HOSPITALES.

1. En el caso de una autoderivación por obligación debe establecerse en forma ineludible el criterio de georreferenciación.
2. La gestión del código de validación debe ser responsabilidad del prestador de servicios.

<sup>4</sup> Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud 2014 Acuerdo Ministerial 4928, Registro Oficial 235, Edición Oficial de 24 de diciembre de 2014.

<sup>5</sup> Ministerio de Salud Pública. Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud Norma Técnica, 1ª Edición. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2013. Disponible en: <http://salud.gob.ec>

<sup>6</sup> Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud 2014 Acuerdo Ministerial 4928, Registro Oficial 235, Edición Oficial de 24 de diciembre de 2014.

<sup>7</sup> Ministerio de Salud Pública. Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud Norma Técnica, 1ª Edición. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2013. Disponible en: <http://salud.gob.ec>

3. El inicio de la cobertura del financiador/asegurador público debe aplicarse cuando el prestador de servicios reciba y acepte el código de validación.
4. Los financiadores/aseguradores públicos deben respetar el criterio técnico médico de la evaluación del Triage del establecimiento de salud privado para iniciar o no el proceso de cobertura del caso solicitado. No pueden requerir cambio del criterio emitido.
5. En la aplicación del Triage del Sistema de Manchester Modificado no se debe valorar solo el diagnóstico sino también la condición del paciente. Es decir que para determinar el nivel I y II se debe considerar el listado de prioridades y las definiciones de las prioridades I y II que se indican al inicio de cada una de ellas.
6. Los tiempos del proceso de auditoría deben ser revisados y acordados entre los representantes de la RPIS y de la RPC. Debe establecerse con claridad el tiempo total del proceso de auditoría y liquidación hasta la ejecución del pago.
7. Los prestadores privados calificados como prestadores de la RPIS, podrían difundir información sobre las condiciones y el servicio brindado por los establecimientos de la RPIS. Los establecimientos de salud privados que no se hayan calificado como prestadores de la RPIS no estarán obligados a hacerlo.
8. El documento definitivo del reglamento debe incluir los formatos que la Autoridad Sanitaria Nacional defina para la presentación de informes, también se definirán los procesos de manejo de los componentes sanguíneos cuando sean suministrados por el MSP. De esta manera se evitarán los reprocesos.
9. Los procesos de auditoría realizados por los aseguradores/financiadores de la RPIS deben seguir las mismas directrices y responder únicamente a los requerimientos establecidos en la normativa emitida por la Autoridad Sanitaria Nacional.
10. La Autoridad Sanitaria Nacional debe ejecutar procesos de capacitación permanentes sobre el proceso de auditoría, liquidación y pago definido.

#### **CENTROS ESPECIALIZADOS DE DIÁLISIS.**

1. En el Reglamento, motivo de este análisis se hace referencia al Tarifario de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud de 2020, cuando el Tarifario vigente es el de 2014 puesto que en 2020 no fue puesto en vigencia, ninguna actualización del mencionado documento.
2. En los casos en que un paciente pierde por cualquier motivo, la cobertura del asegurador/financiador público, el MSP, a nivel nacional, debe asumir el pago desde el momento en que el paciente perdió la cobertura o el financiamiento, aunque la documentación haya sido entregada a las Coordinaciones Zonales del MSP en días posteriores a la pérdida de la cobertura inicial (los pacientes no



informan por miedo) o porque el asegurador/financiador público se demoró en la emisión del código de validación<sup>8</sup>.

3. La Norma de Relacionamento vigente establece que el Informe de Servicios de Diálisis debe enviarse en forma trimestral. El Reglamento que estamos analizando plantea que el informe será mensual. Consideramos que debe mantenerse el informe trimestral tal y como se recoge en el Anexo 12 de la Norma de Relacionamento Vigente.
4. Debe establecerse un tiempo preciso para que el financiador/asegurador público emita el código de validación dentro del mes en que se prestó el servicio.
5. Debe establecerse un control por parte de la Dirección Nacional de Articulación en el MSP o su equivalente en los otros subsistemas de la RPIS, para que la derivación respete la georreferenciación y de esa manera los pacientes sean derivados de una manera equitativa para todos los prestadores de cada zona.
6. ACHPE considera que el financiador/asegurador público debe facilitar y disminuir los trámites administrativos cuando se requiere un cambio de modalidad (de hemodiálisis a diálisis peritoneal o de peritoneal a hemodiálisis) o en presencia de embarazo, situación en la que se requiere un incremento en el número de sesiones<sup>9</sup>.
7. Cuando un paciente llega a un Centro Especializado de Diálisis con la documentación de derivación emitida por un financiador/asegurador público pero sin código de validación, debe permitirse al Centro Especializado Diálisis privado hacer una notificación para solicitar el código de validación pendiente de emitir. Este debe emitirse, a nivel nacional, en un período no mayor a 48 horas, dependiendo del estado clínico del paciente.
8. Para los casos en que un paciente presente una emergencia 1 y 2 del Triage de Manchester Modificado, en el Centro Especializado de Diálisis privado donde está siendo atendido, se debe definir el procedimiento de derivación inmediato desde dicho establecimiento hacia un Hospital público y a falta de cupo, a un prestador privado que disponga de la capacidad resolutive necesaria. Este procedimiento debe incluir la respectiva autorización del financiador/asegurador público y el código de validación. Para el efecto, se debe establecer un procedimiento de activación de Red para la RPC y analizar el procedimiento a seguir para el uso de transporte secundario.

---

<sup>8</sup> En ocasiones el financiador/asegurador público no acepta el código de validación emitido por un establecimiento de la RPIS y pide el cambio del mismo causando inconvenientes y demoras en el proceso de facturación. Esto contradice el artículo 17 del Reglamento que estamos analizando y también lo estipulado en la Norma de Relacionamento vigente.

<sup>9</sup> En estos casos, en el momento actual, el financiador/asegurador público solicita que el paciente regrese al Hospital que lo derivó inicialmente para poder realizar el cambio de modalidad o incremento en el número de sesiones. Esto podría ser resuelto en el establecimiento de la RPC en el que está siendo atendido, con el respaldo de un informe técnico que justifique la prestación integral brindada. Se pretende evitar que el paciente regrese al hospital que lo derivó o permitirle que pueda realizar el trámite en el Hospital más cercano a su vivienda, sin necesidad de cita médica puesto que se trata de un trámite netamente administrativo.

9. El código que emita un subsistema de la RPIS es válido para la derivación de un usuario/paciente a la RPC, aunque el usuario/paciente pertenezca a un subsistema distinto al que emite el código. Por tanto, es obligatorio para el subsistema financiador/asegurador, aceptar el código generado por el otro subsistema, especificando el tipo de servicio: Ambulatorio, Emergencia y Hospitalización.
10. En casos de catástrofe nacional respaldada por un decreto de excepción o en casos de movilización del paciente a otra provincia o cantón de forma temporal, debería establecerse en la norma la existencia de un código de validación con vigencia temporal.
11. Es necesario dejar establecido que los profesionales que trabajan en un Centro especializado de Diálisis no pueden estar vinculados al proceso de derivación de pacientes desde el asegurador/financiador público.
12. Entre las obligaciones del prestador del servicio de salud consta que cuando el paciente cuente con un plan de salud prepagada o un seguro privado debe procederse a informar a la compañía responsable de la cobertura. En estos casos el financiador/asegurador público solicita al prestador privado el certificado de cobertura, documento que es muy difícil de obtener. Consideramos que la lista de pacientes con cobertura de Seguro o Plan de medicina Prepagada es suficiente como habilitante para el pago.
13. En el Reglamento, motivo de esta revisión se ha omitido el Anexo del paquete de la terapia de Hemodiálisis.