REGISTRO OFICIAL®

ÓRGANO DEL GOBIERNO DEL ECUADOR

Administración del Sr. Ec. Rafael Correa Delgado
Presidente Constitucional de la República

EDICIÓN ESPECIAL

Año IV - Nº 835

Quito, martes 17 de enero de 2017

Valor: US$ 1,25 + IVA

ING. HUGO DEL POZO BARREZUETA
DIRECTOR

Quito: Avenida 12 de Octubre
N23-99 y Wilson
Segundo Piso

Oficinas centrales y ventas:
Telf. 3941-800
Exts.: 2301 - 2305

Distribución (Almacén):
Mañosca Nº 201 y Av. 10 de Agosto
Telf. 243-0110

Sucursal Guayaquil:
Av. 9 de Octubre Nº 1616 y Av. Del Ejército esquina, Edificio del Colegio de Abogados del Guayas, primer piso. Telf. 252-7107

Suscripción anual:
US$ 400 + IVA para la ciudad de Quito
US$ 450 + IVA para el resto del país

Impreso en Editora Nacional

48 páginas

www.registroficial.gob.ec

Al servicio del país
desde el 1º de julio de 1895

Ministerio de Salud Pública

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

ACUERDO Nº 0137-2016

EMÍTESE LA NORMA TÉCNICA 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

Nº 0137–2016

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

Considerando:

Que, la salud es un derecho que garantiza el Estado, mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales, así como el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, de acuerdo con lo previsto en el artículo 32 de la Constitución de la República del Ecuador;

Que, la administración pública y sus servidores, únicamente deben ejecutar las competencias y facultades previstas en la Constitución y la Ley, según lo prescrito en el artículo 226 de la Constitución de la República;

Que, es competencia exclusiva del gobierno central, a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud, así como normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la salud, conforme lo dispuesto en los artículos 261 numeral 6; 361; y, 363 numeral 1 de la Constitución de la República y artículo 4 de la Ley Orgánica de Salud;

Que, el Sistema Nacional de Salud comprende las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarca todas las dimensiones del derecho a la salud; garantiza la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y, propicia la participación ciudadana y el control social, de acuerdo al artículo 359 de la Norma Suprema;

Que, la Red Pública Integral de Salud es parte del Sistema Nacional de Salud y está conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad, al tenor de lo previsto en el inciso segundo del artículo 360 de la Carta Fundamental del Estado;

Que, los servicios de salud deben ser seguros, de calidad y con calidez, y garantizar el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes, puntualizando que los servicios públicos estatales de salud son universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprende los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios, atento lo dispuesto en el artículo 362 de la Norma Suprema; y, del artículo 7 literales a) y b) de la Ley Orgánica de Salud;

Que, es necesario operativizar los procesos de derivación y transferencia para que las instituciones que integran la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria, garanticen su operación en redes y aseguren la calidad, continuidad y complementariedad de la atención de salud, en el contexto de lo previsto en el artículo 11 letras e), g), i) de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud; y, en el artículo 361 de la Constitución de la República; y,

En ejercicio de las atribuciones que le confiere el artículo 154 numeral 1 de la Constitución de la República,

Acuerda:

Emitir la siguiente:

NORMA TÉCNICA 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.

CAPITULO I
DEL OBJETO Y ÁMBITO

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.

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, en su relacionamiento entre sí.

CAPITULO II
DE LOS BENEFICIARIOS

Art. 3.- Beneficiarios.- Los beneficiarios de las prestaciones de salud son: los usuarios/pacientes de los servicios de salud, independiente 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. El militar en servicio activo;

b. El militar en servicio pasivo que cumple con todos los requisitos legales y es calificado como pensionista;

c. Los aspirantes a oficiales y tropa y los conscriptos en las condiciones establecidas en la ley;

d. Los ex combatientes de pensionista de la Campaña de 1941 y sus viudas.

e. Los familiares dependientes y los derechohabientes, calificados como tales, de conformidad con la Ley:

- El cónyuge o persona que mantiene unión de hecho legalmente registrada con el militar;
- Los hijos menores de edad del militar;
- Los hijos solteros hasta los veinte y cinco años de edad, siempre que probaren anualmente hallarse estudiando en establecimientos reconocidos por el Estado y no mantengan relación laboral, ni renta propia;
- Los hijos mayores de edad, incapacitados en forma total y permanente que no dispongan de renta propia; y,
- Los padres del militar que dependan económicamente del mismo, para los efectos del seguro de enfermedad y maternidad

f. Los pensionistas de montepío.

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

a. El asegurado en servicio activo;

b. El asegurado en servicio pasivo calificado como pensionista;

c. Los aspirantes a oficial y a policía; siniestrados en actos del servicio,

d. Cónyuge o persona que mantiene unión de hecho legalmente registrada con el asegurado;

e. Los hijos menores de edad del asegurado;

f. Los 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. La 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 Fuerzas Armadas o Seguridad Social de la Policía Nacional.

b. La 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. Las 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. Los aspirantes a oficiales, tropa y conscriptos de las Fuerzas Armadas y de aspirantes a oficiales y tropa de la Policía Nacional, no cubiertos por compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, y que padezcan enfermedades o accidente no laboral.

e. Las 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; y, que no tengan cobertura de compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica y/o públicos.

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 91, 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 se acuerdo a las condiciones del Plan contratado, no tengan esta cobertura.

5. Al Servicio Público para Pago 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.

CAPÍTULO III
DE LA COBERTURA Y EXCEPCIONES

Art. 4.- Cobertura.- Incluye las prestaciones de salud de promoción, prevención y morbilidad, según lo dispuesto por la Autoridad Sanitaria Nacional; en los servicios de: emergencia, ambulatorio, pre-hospitalario, internación/ hospitalización, diálisis, rehabilitación y cuidados paliativos.

Art. 5.- Excepciones.- La Red Pública Integral de Salud, no financia las siguientes prestaciones:

a. Cirugía plástica con fines exclusivamente cosméticos y estéticos.

b. Chequeos clínicos ejecutivos.

c. Tratamientos especializados de infertilidad.

d. Tratamientos de adelgazamiento sin indicación médica.

e. Tratamientos experimentales o sin evidencia científica.

f. Tratamientos de ortodoncia con fines estéticos.

g. Habitación individual que no responda a criterio médico, de acuerdo con la normativa vigente;

h. Gastos de acompañante no contemplados en disposiciones específicas.

i. Insumos de entretenimiento: revistas, películas, periódicos, servicio pagado de televisión y similares, servicios de comunicación fax, teléfono, correo, celular, internet y similares.

CAPITULO IV
DE LA PRESTACIÓN
DE LOS SERVICIOSDE SALUD

Sección 1
De la Gratuidad y Oportunidad de la Atención

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.

Art. 7.- Oportunidad de la atención.- En todos los casos los prestadores de salud, deben garantizar la oportunidad de la atención y la disponibilidad de los mejores recursos para el diagnóstico y tratamiento integral de los usuarios/ pacientes.

A fin de evitar y reducir la muerte materna, se brindará atención preferente a las embarazadas que concurran a control prenatal, atención de parto o posparto.

Igualmente, tendrán trato preferencial, las personas adultas mayores, las niñas, los niños, adolescentes, personas con discapacidad, personas privadas de la libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, personas en situación de riesgo, víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos que forman parte del grupo de atención prioritaria.

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 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, el establecimiento de salud receptor procederá a dar la atención necesaria para salvaguardar la vida e integridad del paciente. En el respectivo trámite, se enviará a la entidad financiadora un informe técnico para regularizar la prestación de salud otorgada.

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.

Sección 2
Del Proceso de Derivación

Art. 9.- Información.- Los usuarios/pacientes, sus familiares o acompañante, deberán recibir información suficiente de los procedimientos de derivación necesarios para garantizar su atención de salud.

El establecimiento de salud que recibe al usuario/paciente, informará al establecimiento de salud de la Red Pública Integral de Salud que deriva, a través de correo electrónico, teléfono o cualquier otro medio, sobre la recepción del mismo y confirmará el servicio, el número de cama y de ser posible el nombre del médico tratante.

Art. 10.- Derivación.- De acuerdo con lo previsto en la Norma del Subsistema de Referencia, Derivación, Contrareferencia, Referencia Inversa y Transferencia del Sistema Nacional de Salud, emitida con Acuerdo Ministerial No. 00004431 publicado en el Registro Oficial Suplemento No. 151 de 26 de diciembre de 2013, la Derivación, es el procedimiento por el cual los prestadores de salud envían a los usuarios/pacientes de cualquier nivel de atención a un prestador externo.

El traslado del paciente se realizará en un transporte sanitario de un establecimiento de salud a otro, con acompañamiento de un servidor de salud.

En estos procedimientos se utilizarán de manera obligatoria los formularios de la historia clínica, aprobados por la Autoridad Sanitaria Nacional.

Art. 11.- Decisión de derivar.- La decisión de derivar un paciente, es un acto médico, por tanto es responsabilidad del médico solicitar la activación del procedimiento, respaldando su decisión en guías y protocolos médicos, lo cual deberá ser registrado en la historia clínica.

La decisión considerará criterios de capacidad resolutiva, oportunidad, accesibilidad y georeferenciación.

Art. 12.- Prelación de la derivación.- La derivación de usuarios/pacientes, se realizará entre los establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud; y, únicamente en el caso de no contar con disponibilidad se procederá a derivar a los usuarios/pacientes a la Red Privada Complementaria.

Este proceso será debidamente registrado y documentado en el correspondiente formulario y/o sistema informático.

Los equipos de gestión de pacientes de la Red Pública Integral de Salud, realizarán las coordinaciones necesarias para garantizar el acceso, oportunidad y calidad de la atención a los usuarios/pacientes de los diferentes subsistemas.

Art. 13.- Responsabilidad y validación.- Los formularios y demás documentos que se utilicen para la derivación, en todos los casos, deben ser llenados en su integralidad por el médico tratante, con letra clara, legible, sin utilización de siglas o contracciones (excepto las establecidas internacionalmente) y con su firma y sello.

Art. 14.- Condiciones.- La derivación de usuarios/pacientes, se realizará de acuerdo con la presente Norma, y se dará por las siguientes condiciones:

a. Accesibilidad geográfica;

b. Insuficiente capacidad resolutiva, tales como:

- Falta de espacio físico;
- Falta de equipamiento específico;
- Problemas de infraestructura;
- Problema de abastecimiento específico;
- Falta de personal específico, en los establecimientos de salud de la red de su pertenencia.

En la derivación de pacientes para atención de salud fuera del país, se aplicará la Normativa que para esta materia, ha emitido la Autoridad Sanitaria Nacional.

Art. 15.- Activación de la Red.- La activación de la red para la derivación de pacientes se realizará según lo señalado en los Lineamientos Operativos del Modelo de Atención Integral en Salud-MAIS y la Red Pública Integral de Salud-RPIS; y, progresivamente se implementará el sistema de derivación gestionado desde el Servicio Integrado de Seguridad ECU 911, con la participación de todos los subsistemas.

Sección 3
De los Casos de Derivación

Art. 16.- Activación de la Derivación.- Se produce ante el requerimiento de atenciones programadas o de emergencia.

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

Los códigos de validación tendrán la siguiente vigencia:

1. Servicios de Internación/Hospitalización 1 año calendario.
2. Servicios de Diálisis 1 año calendario.
3. Servicios de Emergencia 2 días calendario.
4. Servicios Ambulatorios 3 meses calendario.

Parágrafo 1ro
De la Derivación Programada

Art. 18.- Derivación programada.- Es un proceso que se realiza en forma planificada y que puede ser postergado sin afectar la evolución o condición de salud del paciente. La derivación se efectuará para internación/hospitalización, realización de exámenes, procedimientos diagnósticos o terapéuticos ambulatorios; e, interconsulta en casos especiales.

Art. 19.- Derivación para internación/hospitalización.- Para la derivación se utilizará el Formulario 053-Referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa (Anexo 4); y/o copia del Formulario 006-Epicrisis (Anexo 5)

Art. 20.- Derivación para exámenes y muestras.- El requerimiento de exámenes será individual o para muestras múltiples; y, se observará lo siguiente:

a. Examen individual.- Para solicitar exámenes individuales, de laboratorio o imagen, se utilizará el

Formulario 010-Pedido de laboratorio clínico (Anexo 6); o, el Formulario 012-Pedido de Imagenología (Anexo 7).

b. Muestras múltiples.- En el caso de muestras de un mismo tipo de examen para análisis, lectura e interpretación de resultados de varios pacientes (Por ejemplo pruebas de tamizaje metabólico neonatal, placas de citología, muestras de biopsia u otros), no se requiere el envío de un formulario por cada paciente, será suficiente enviar un oficio que indique la necesidad del servicio (Anexo 1), al cual se adjunte el listado de los pacientes (Anexo 2).

Art. 21.- Derivación para procedimientos diagnósticos o terapéuticos ambulatorios.- Estos procedimientos especiales son de intervencionismo o de diagnóstico.

En casos de intervencionismo, por ejemplo: cateterismo, litotripsia, drenaje o punción dirigida por ecografía o tomografía computarizada, colocación de catéteres, de stents, colangio pancreatoduodenografía retrograda endoscópica (CPRE) y otros; se utilizará el Formulario 053-Referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa.

En casos de procedimientos especiales de diagnóstico, por ejemplo endoscopía, electrocardiograma, electroencefalograma, se utilizará el Formulario 007-Interconsulta-solicitud de informe (Anexo 8).

Art. 22.- Derivación para interconsulta.- En casos de interconsulta, cuando fuere estrictamente necesario, se utilizará el Formulario 007-Interconsulta (Anexo 8).

Parágrafo 2do
De la Derivación por Emergencia

Art. 23.- Derivación para atención por emergencia.- Los pacientes por su condición de salud podrán ser atendidos a través del servicio de emergencia, mediante derivación, atención pre-hospitalaria o auto-derivación.

Los establecimientos de salud, que no cuenten con capacidad resolutiva, en los casos de emergencia, procederán a estabilizar al paciente y derivarlo a otro establecimiento, mediante el Formulario 053-Referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa.

En los casos de pacientes de atención pre-hospitalaria, el profesional de la ambulancia, utilizará el Formulario atención prehospitalaria (Anexo 9).

Los prestadores de servicios de salud públicos y privados, en todos los casos, brindarán atención inmediata a los usuarios/pacientes, sin que para ello medie la presentación de documento o trámite administrativo alguno, anteponiendo la necesidad médica y el beneficio del paciente.

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 esta: 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 ususario/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.

Art. 25.- Derivación de un paciente sin identificación.- En los casos en que el paciente haya ingresado al servicio de emergencia sin identificación (NN) y por su condición de salud no sea factible determinar la entidad que debe financiar la prestación de salud, el prestador lo identificará como beneficiario del Ministerio de Salud Pública, quien deberá autorizar su atención.

Al momento en que se identifique al paciente y se verifique la entidad que debe financiar la prestación de los servicios de salud, ésta será informada de la situación del paciente, de la autorización y el código de validación emitido para la Red Privada Complementaria, otorgados por el Ministerio de Salud Pública, los cuales serán considerados como válidos.

El financiador al que pertenece el paciente será responsable del costo de la atención desde el momento de producida la emergencia hasta su alta, esto incluye la atención pre-hospitalaria, de ser el caso.

Si posterior a la atención no es posible determinar la identificación del paciente, la prestación será cubierta por el Ministerio de Salud Pública.

Parágrafo 3ro
De la Auto-derivación

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.

Se autoriza la cobertura para los casos auto-derivados a los 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. Es responsabilidad del establecimiento de salud realizar el triage de las emergencias que recibe y atender al paciente conforme su necesidad. El triage respalda la definición de la condición de emergencia y justifica el pago de las prestaciones dadas.

Listado A.
Lista de Condición de Salud
según Prioridad – Prioridad I

Pacientes con alteración súbita y crítica del estado de salud, en riesgo inminente de muerte, y que requieren atención inmediata en la unidad de choque y reanimación:

1. Paro Cardiorrespiratorio.
2. Dolor Torácico Precordial de posible origen cardiogénico con o sin hipotensión.
3. Dificultad respiratoria (evidenciada por polipnea, taquipnea, tiraje, sibilantes, estridor, cianosis).
4. Infarto Agudo de Miocardio.
5. Shock (Hemorrágico, cardiogénico, distributivo, obstructivo).
6. Arritmia con compromiso hemodinámico de posible origen cardiogénico con o sin hipotensión.
7. Hemorragia profusa.
8. Obstrucción de vía respiratoria alta.
9. Neumotórax a tensión.
10. Urgencias y Emergencias hipertensivas.
11. Alteración del estado de conciencia (Escala de Glasgow 8 o menos).
12. Paciente con trauma severo como:
    a. Víctima de accidente de tránsito.
    b. Quemaduras con extensión mayor del 20% de la superficie corporal total.
    c. Dos o más fracturas de huesos largos proximales.
    d. Lesiones en extremidades con compromiso neurovascular.
    e. Herida de bala o arma blanca con penetración de cavidades.
    f. Sospecha de traumatismo vertebro medular.
    g. Evisceración.
    h. Amputación o herida amplia con sangrado no controlado.
    i. Traumatismo encéfalo craneano.
13. Status Convulsivo.
14. Sobredosis de drogas o alcohol más depresión respiratoria.
15. Ingesta de órganos fosforados, ácidos, álcalis, otras intoxicaciones o envenenamientos.
16. Signos y síntomas de abdomen agudo con descompensación hemodinámica.
17. Signos y síntomas de embarazo ectópico accidentado.
18. Signos vitales anormales:

Adulto

- Frecuencia Cardiaca < 50 x min.
- Frecuencia Cardiaca > 150 x min.
- Presión Arterial Sistólica < 90 mmHg.
- Presión Arterial Sistólica > 220 mmHg.
- Presión Arterial Diastólica > 110 mmHg ó 30 mmHg por encima de su basal.
- Frecuencia Respiratoria > 35 x min.
- Frecuencia Respiratoria < 10 x min.

Pediátrico – Lactante

- Frecuencia Cardiaca ≤ 60 x min.
- Frecuencia Cardiaca ≥ 200 x min.
- Presión Arterial Sistólica < 60 mmHg.
- Frecuencia Respiratoria ≥ a 60 x min. (Hasta los 2 meses de edad).
- Frecuencia Respiratoria ≥ a 50 x min (Desde los 2 meses al año de edad)
- Saturación de oxigeno ≤ a 85%.

Pediátrico–Pre Escolar

- Frecuencia Cardiaca ≤ 60 x min.

- Frecuencia Cardiaca ≥ 180 x min.
- Presión Arterial Sistólica < 80 mmHg.
- Frecuencia Respiratoria > a 40 x min. (sin fiebre).
- Saturación de oxigeno ≤ a 85%.

19. Suicidio frustrado.
20. Intento suicida.
21. Crisis de agitación psicomotora con conducta heteroagresiva.
22. Intoxicaciones por ingesta o contacto.
23. Apnea Paroxística.
24. Cambios en el estado mental: Letargia, delirio, alucinaciones, llanto débil.
25. Deshidratación con Shock: Llenado capilar mayor de tres segundos.
26. Sangrado severo: Hematemesis, sangrado rectal, vaginal, epistaxis severa.
27. Quemaduras en cara con afectación de vía aérea.
28. Quemaduras grave de más de 30% de superficie corporal total.
29. Quemaduras por fuego en ambiente cerrado.
30. Aspiración u obstrucción con cuerpo extraño.
31. Status asmático.
32. Hipertermia maligna.
33. Politraumatismo.
34. Cualquier otro caso que amerite atención inmediata en la unidad de choque y reanimación.

Listado B.
Lista de Condición de Salud
según Prioridad – Prioridad II

Pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias, cuya atención debe realizar en un tiempo de espera no mayor o igual de 10 minutos desde su ingreso:

1. Crisis asmática con broncoespasmo moderado.
2. Diabetes Mellitus descompensada. (Hipoglicemia moderada o severa, estado hiperosmolar no cetócico, cetoacidosis).
3. Hemoptisis.
4. Dolor abdominal con signos y síntomas de abdomen agudo.
5. Convulsión reciente en paciente consciente.
6. Síndromes confusionales.
7. Dolor torácico no cardiogénico, (Dolor pleurítico o traumático) con compromiso hemodinámico.
8. Arritmias de nueva aparición, arritmias preexistentes descompensadas, sin compromiso hemodinámico.
9. Sangrado gastrointestinal activo, con signos vitales estables.
10. Paciente con trastornos en el sensorio (Amaurosis, ceguera, hipoacusia, sordera súbitas de aparecimiento agudo)
11. Hipotonía, flacidez muscular aguda y de evolución progresiva.
12. Descompensación (Insuficiencia aguda) hepática.
13. Hernias de pared abdominal, cuando presenten signos de encarcelación y sufrimiento intestinal.
14. Signos y síntomas de descompensación tiroidea (Tormenta tiroidea).
15. Fracturas expuestas o múltiples, o con inestabilidad que ponga en riesgo la vida del paciente.
16. Herida amplia o en región especial, con sangrado activo o exposición de estructuras neurovasculares, óseas u otras, que requiere sutura inmediata.
17. Trauma ocular grave (Perforación, laceración, avulsión) o desprendimiento de retina.
18. Síndrome febril o Infección en paciente Inmunocomprometido
19. Pacientes Post-Operados de cirugía altamente especializada o pacientes en programa de hemodiálisis, con síntomas y signos agudos.
20. Coagulopatía sin descompensación hemodinámica.
21. Cefalea con antecedentes de trauma craneal.
22. Síndrome meníngeo.
23. Síntomas y signos de trombosis / embolia vasculares agudas.
24. Alteraciones en diálisis / descompensación del paciente insuficiente renal.
25. Agresión sexual.
26. Cuerpos extraños en esófago, tráquea y estómago, con riesgo para la vida.

27. Pacientes con crisis de ansiedad / pánico.

28. Cuadro de demencia con conducta psicótica.

29. Infecciones graves (En estado séptico).

30. Herpes Zoster ocular.

31. Problemas específicos en pacientes obstétricas:

    a. Hemorragia de cualquier trimestre del embarazo.

    b. Aborto provocado no terapéutico o intento fallido de aborto.

    c. Amenaza de parto pre término.

    d. Gestante de 2º y 3º trimestre que reporta ausencia de movimientos fetales.

    e. Sangrado post-parto.

    f. Pre eclampsia con signos de alerta, eclampsia, Síndrome HELLP.

    g. Sufrimiento fetal agudo.

    h. Trauma Abdominal.

    i. Deshidratación por hiperémesis.

    j. Cefalea (moderada a grave) asociado a epigastralgia.

    k. Edema Generalizado.

32. Problemas específicos en pacientes pediátricos:

    a. Sepsis en pacientes con prematurez / bajo peso.

    b. Niños con fiebre y petequias o púrpura.

    c. Convulsiones de reciente aparecimiento, sincope o mareos.

    d. Cefalea / epistaxis no controlada.

    e. Quemaduras en región especial o en al menos del 10% de área corporal.

    f. Trauma ocular.

    g. Laceración / herida con sangrado activo, que requiere sutura.

    h. Niños que han sufrido agresión física.

33. Cualquier otro caso que amerite atención inmediata en Emergencia.

Parágrafo 4to
De la Derivación de Pacientes al Servicio de Diálisis

Art. 27.- Servicio de diálisis.- La decisión de derivar a un paciente al servicio de diálisis para hemodiálisis o diálisis peritoneal, es responsabilidad del médico especialista, quien tiene la obligación de informar al paciente el procedimiento terapéutico recomendado para su caso, el cual además debe constar en el requerimiento.

Para la derivación se utilizará el Formulario 053-Referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa; y, el Formulario 006-Epicrisis llenados en su integridad, copia de los resultados de laboratorio, de radiología e imagen, necesarios para iniciar el tratamiento.

Además se deberá observar el documento: "*Procedimientos para la Prestación y Asignación de Prestadores del Servicio de Diálisis*", emitido mediante Acuerdo Ministerial No. 4196, publicado en el Registro Oficial Edición Especial No. 119 de 08 de abril de 2014.

Estos documentos son revisados por los equipos de gestión de pacientes y no forman parte del proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud.

Parágrafo 5to
De la Derivación de Pacientes para Trasplantes

Art. 28.- Trasplantes.- La derivación en este caso estará sujeta a la capacidad resolutiva del establecimiento de salud y a la acreditación otorgada al establecimiento de salud, por el Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células–INDOT.

Art. 29.- Proceso.- La actividad de donación y trasplante de órganos, tejidos y células, incluida la terapia celular o regenerativa, la ingeniería tisular y el xenotrasplante, estará sujeta a las disposiciones señaladas en la Ley Orgánica de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células, su Reglamento de aplicación; y, a las disposiciones y resoluciones que emita la Autoridad Sanitaria Nacional y el Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células–INDOT.

Parágrafo 6to
Del Transporte Sanitario

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.

Parágrafo 7mo
De la Cobertura por Gastos del Acompañante

Art. 31.- Cobertura al acompañante.- La Red Pública Integral de Salud dará cobertura, a un solo acompañante, con los siguientes beneficios:

a. Dieta – alimentación provista por el establecimiento de salud.

b. Cama de acompañante – cuando la disponibilidad del establecimiento de salud lo permita, excepto cuando se encuentre ingresado en servicios críticos como: Terapia intensiva, terapia intensiva neonatal, servicio de quemados y aislamiento.

c. Transporte – cuando la condición del paciente lo amerite, según indicación médica.

Art. 32.- Casos.- Las coberturas detalladas en el Art. 31, se otorgarán en los siguientes casos:

a. Cuando se trate de niñas o niños menores a 16 años.

b. Personas con discapacidades severas o condiciones incapacitantes, excepto cuando se encuentre ingresado en servicios críticos como: Terapia intensiva, terapia intensiva neonatal, servicio de quemados y aislamiento.

c. Adultos mayores de 75 años.

d. En caso de transporte sanitario aéreo, siempre que las condiciones de la aeronave lo permitan.

Sección 4
Del Reconocimiento Económico

Art. 33.- Reconocimiento Económico.- Es el pago de los gastos originados por la atención de salud que se brinde a los usuarios/pacientes, se realizará luego de efectuada la Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud.

Art. 34.- Tarifario.- 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, por tanto en ningún caso será superior a los valores establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional.

Art. 35.- Tarifa.- Es el valor monetario expresado en dólares de los Estados Unidos de Norteamérica que se reconoce para cada prestación de salud realizada. Representa el valor techo máximo de pago por prestación de salud.

Art. 36.- Factura.- El pago a los prestadores de salud, se realizará contra presentación de la factura de los valores económicos aprobados como resultado del proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud. La existencia de valores objetados no exime del pago de los valores aprobados.

Los prestadores de salud deberán presentar una factura global mensual por servicio; es decir, una por cada atención en internación/hospitalización, ambulatorias, emergencia, pre hospitalario; y, diálisis. La factura deberá cumplir con las disposiciones del Servicio de Rentas Internas.

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.

b. Zona 8, prestadores de: Cantones Guayaquil, Samborondón, Durán.

c. Zona 7, prestadores de: El Oro, Loja, Zamora Chinchipe.

d. Zona 6, prestadores de: Azuay, Cañar, Morona Santiago.

e. Zona 5, prestadores de: Bolívar, Guayas, Los Ríos, Galápagos, Santa Elena.

f. Zona 4, prestadores de: Manabí, Santo Domingo de los Tsáchilas.

g. Zona 3, prestadores de: Cotopaxi, Chimborazo, Pastaza, Tungurahua.

h. Zona 2, prestadores de: Napo, Pichincha, Orellana.

i. Zona 1, prestadores de: Carchi, Esmeraldas, Imbabura, Sucumbíos.

2. **Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social**:

a. Subdirección Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud de Pichincha: Pichincha, Napo, Orellana.

b. Subdirección Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud de Tungurahua: Cotopaxi, Tungurahua, Pastaza.

c. Subdirección Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud de Manabí: Manabí, Santo Domingo de los Tsáchilas.

d. Subdirección Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud de Loja: Loja y Zamora Chinchipe.

e. Subdirección Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud de Imbabura: Imbabura, Carchi, Sucumbíos, Esmeraldas.

f. Subdirección Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud de Azuay: Azuay, Cañar, Morona Santiago.

g. Subdirección 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 Única /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 cada caso, conforme al plan contratado por el usuario.

Art. 38.- Archivo.- Es el proceso a través del cual se organiza la información y se estructuran los documentos que se archivarán como respaldo del trabajo del equipo de gestión de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud.

En caso de archivo documental impreso, se organiza en una carpeta que se rotulará por:

a. Prestador;

b. Número de Trámite;

c. Tipo de Servicio:

d. Mes y año de prestación del servicio; y,

e. Número de expedientes.

Sección 5
De la Prelación de Pagos

Art. 39.- Prelación de pagos.- Las instituciones financiadoras/aseguradoras públicas y privadas, 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 dadas, según el siguiente orden de prioridad.

a. Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito (SPPAT), hasta el total de la cobertura; de existir un excedente se aplicará su cobro a la Seguridad Social o al Ministerio de Salud Pública, según corresponda.

b. Compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, hasta el total del monto contratado, conforme las condiciones de cobertura de cada plan de asistencia médica; de existir un excedente se aplicará su cobro a la Seguridad Social o al Ministerio de Salud Pública, según corresponda.

c. Seguridad Social (IESS, ISSFA e ISSPOL).

d. Ministerio de Salud Pública para los casos en que la persona no cuente con un plan de cobertura de asistencia médica de las compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada o de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica; o, con cobertura de la Seguridad Social.

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 Sistema Público para Pago de Accidentes de Tránsito (SPPAT).

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

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 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.

En todos los casos se aplicará la prelación de pagos en primer lugar al seguro privado, 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 prestó el servicio.

CAPITULO V
DE LA AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA FACTURACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Sección 1ra
Del Objeto y los Principios

Art. 42.- Objeto de la Auditoría de la Calidad de la facturación.- 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 la Red Privada Complementaria.

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.

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 aplicará criterios personales, discrecionales o requerirá información diferente a la señalada en esta norma.

b. Se observará la Norma para Aplicar 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, emitida mediante Acuerdo Ministerial No. 046 publicado en el Registro Oficial No. 787 de 30 de junio de 2016.

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 quien corresponde 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 auditoria 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 servicios de salud.

Art. 45.- Aplicativos.- Para la auditoría 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 garantizar la confiabilidad de sus resultados.

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

Art. 47.- Trámite.- Es el conjunto de expedientes generados por las prestaciones de salud brindadas a los pacientes, en un período de tiempo determinado, que corresponde a un mes calendario.

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, etc.

Art. 48.- Expediente.- El expediente es el conjunto de documentos técnicos y administrativos, resultado de las prestaciones de salud brindadas a un paciente en una atención determinada, en un servicio ofertado por el prestador.

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

Art. 50.- Informe de Liquidación.- Es el detalle que refleja los valores solicitados, objetados y aprobados como resultado del proceso de control documental, control técnico médico y de tarifas.

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

a. Oficio/memorando de solicitud de pago (Anexo 3).

b. Planilla consolidada.

c. Planillas individuales originales.

d. Certificado de Afiliación o consulta en línea de cobertura de salud. En caso de menores de edad las de sus padres.

e. Código de Validación, únicamente para la Red Privada Complementaria

f. Acta Entrega – Recepción, según dispone esta Norma.

A los documentos antes referidos, se agregarán los específicos que cada caso requiere:

1. Internación/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 por emergencia.

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

e. Copias del protocolo operatorio y del protocolo anestésico, en casos de cirugías.

f. Copia de la bitácora diaria para casos de internación/ hospitalización en el servicio de Terapia Intensiva.

2. 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 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 Formulario 033, para prestación odontológica (Anexo 10).

f. 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).

3. Emergencia:

a. Copia del Formulario 008-Emergencia.

b. Copia del Formulario Atención Prehospitalaria, si se utilizó este servicio.

c. Copia del Formulario 053-Referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa, si el paciente fue derivado desde un establecimiento de salud.

4. Pre-hospitalario:

a. Copia del "Formulario–Atención Prehospitalaria". (Anexo 9)

b. Copia de la hoja de ruta de movilización de la ambulancia.

5. **Diálisis:**

a. Informe médico individual trimestral (Anexo 12) del estado general del paciente, donde se especifique la evolución clínica del paciente, el estado de la enfermedad, el estado nutricional, la valoración médica y el tratamiento.

b. Registro mensual del cumplimiento de las sesiones de diálisis.

Art. 52.- 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, con base en el registro diario automatizado de consultas y prestaciones de salud ambulatorias.

El proceso para la adscripción, territorialización y georeferenciación de los usuarios a las unidades de salud de la Red Publica Integral de Salud, en el primer nivel de atención, se realizará de acuerdo con la normativa que se expida para el efecto.

Sección 2da
De los Tiempos del Proceso

Art. 53.- Término para la recepción.- El prestador de servicios de salud enviará a los financiadores/aseguradores los documentos para reconocimiento económico, dentro de los quince (15) primeros días laborables del mes siguiente al de realizadas las atenciones; o, en los quince (15) primeros días laborables del mes subsiguiente.

En los casos de pacientes con patologías crónicas, tales como las condiciones psiquiátricas, con episodios prolongados de internamiento que duren más de treinta (30) días, la presentación de la planilla podrá ser con corte mensual, es decir, dentro de los quince (15) primeros días laborables del mes siguiente de la atención o los quince (15) primeros días laborables del mes subsiguiente para facilitar los mecanismos de control de las dos partes.

Art. 54.- Término para revisión documental.- La revisión documental se realizará en el término de cinco (5) días laborables. Si el trámite no es rechazado continúa el flujo del proceso.

Art. 55.- Término para el proceso de auditoría.- El proceso de auditoría de la calidad de la facturación tendrá un término de sesenta (60) días laborables.

Art. 56.- Término para levantamiento de objeciones.- Para el levantamiento de objeciones el prestador de servicios de salud tiene un término de hasta sesenta (60) días laborables.

Art. 57.- 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 sesenta

(60) días laborables, luego de haber recibido completa la documentación de respaldo, para procesar el levantamiento de objeción.

Art. 58.- Término para emitir la orden de pago.- La orden de pago se efectuará en treinta (30) días laborables posterior a la entrega de la documentación completa para el proceso de la auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud.

En la Red Pública Integral de Salud, la emisión de la orden de pago estará sujeta a la disponibilidad presupuestaria.

Art. 59.- Excepciones.- En caso de calamidad institucional, problemas de orden tecnológico, robo, hurto, desastre natural, conmoción nacional, u otros de similares características, los subsistemas pueden recibir trámites fuera de los términos establecidos en los artículos anteriores. Para tal fin deberán documentar debidamente la situación que provocó el retraso. En este caso, los prestadores de servicios de salud deberán presentar solicitud debidamente motivada a los ordenadores de gasto de cada institución presentando los justificativos correspondientes. Es facultad de los ordenadores de gasto y de los ordenadores de pago, el autorizar la recepción de los expedientes y/o trámites.

El tiempo máximo para solicitar este tipo de pago excepcional, por las prestaciones de salud brindadas, fenece en un año calendario a partir de la prestación del servicio.

Bajo ninguna circunstancia se recibirán expedientes que correspondan a trámites ya presentados, es decir no se recibirá trámites de un mismo mes en dos tiempos distintos (alcances).

Sección 3ra
Fases de la Auditoría

Art. 60.- Fases de la Auditoría de la Calidad.- 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).

Parágrafo 1ro
Del Control Documental

Art. 61.- Control documental.- Constituye el proceso de recepción y revisión de los documentos presentados por el prestador de servicios de salud, que solicita el pago de las prestaciones de salud.

Esta fase la ejecuta personal con formación administrativa / financiera; y, se realiza al total de los expedientes presentados por el prestador del servicio de salud.

Art. 62.- 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.

La recepción y revisión documentos para el Primer Nivel de Atención, debe verificar la presentación de la solicitud de pago y la Planilla Consolidada con base en el registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias.

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

Art. 63.- Resultado del control documental.- El resultado de este paso, podrá ser:

a. Recibir el trámite que cumple con todo lo indicado en la lista de chequeo/recepción documental; y, registrar con el número asignado al mismo.

b. Rechazar el trámite que no cumple con lo indicado en la lista de chequeo/recepción documental y devolver toda la documentación al prestador del servicio de salud. El rechazo de la documentación, no es, ni constituye objeción.

c. Para el Levantamiento de Objeciones: Recibir el trámite verificando que esté dentro del tiempo establecido según esta Norma, lo que se verificará en la copia del Informe de Liquidación del primer proceso de auditoría.

Art. 64.- Documentos y proceso para el control documental.- En este paso, se debe verificar que la información registrada en los documentos habilitantes de cada expediente, que entrega el prestador de servicios de salud, cumpla con ésta normativa, sea clara, apropiada y suficiente.

Para la revisión del control técnico médico y la liquidación de tarifas, se requieren los siguientes documentos:

a. Planilla Individual.

b. Código de validación únicamente para la Red Privada Complementaria.

c. Acta entrega recepción (Anexos 14 y 15). Para los casos en que esta Norma así lo dispone: Servicio de Hospitalización, Diálisis y Ambulatorios con Procedimientos de Intervencionismo.

d. Certificado de afiliación o consulta en línea.

e. Formularios médicos que correspondan al tipo de servicio brindado: Hospitalización, Emergencia, Ambulatorio, Pre hospitalario, y Diálisis.

f. En el caso de levantamiento de objeciones: Informe de liquidación de la primera auditoría.

g. Planilla de cargos emitida al Servicio Público para pagos de Accidentes de Tránsito, en los expedientes de personas que han sufrido accidentes de tránsito.

h. Informe médico trimestral y registro de asistencia mensual en el servicio de Diálisis.

Para esta actividad se aplicará la Lista de Chequeo/Revisión Documental (Anexo 13).

Una vez realizada la Revisión Documental, aplicará los siguientes condicionantes:

1. Rechazar el trámite con porcentaje de errores igual o mayor al 10%. No se constituye en objeción.

2. Recibir el trámite que cumple con todo lo indicado en la lista de chequeo.

3. No rechazar ni objetar expedientes en los que el Formulario 053-Referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa, tenga observaciones por la calidad de la información.

Art. 65.- Informe.- Una vez concluido el control documental, se deberá emitir un informe con firma de responsabilidad, en el que consten claramente los comentarios al expediente.

Parágrafo 2do
Del Control Técnico Médico

Art. 66.- 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 los protocolos nacionales, o a falta de ellos, a la buena práctica de la medicina basada en evidencia, o a los protocolos internacionales. La pertinencia de los procedimientos odontológicos será realizada por un odontólogo. En ningún caso podrá ser realizada por un profesional distinto a los señalados.

Art. 67.- 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 justificación y autorización de prescripción y utilización de medicamentos que no constan en el 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.

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.

Art. 68.- Consideraciones.- No serán motivo de observación, objeción o débito, las siguientes consideraciones:

a. El planillaje de dispositivos médicos y/o medicamentos que, aunque no hayan sido utilizados en un procedimiento por causa debidamente justificada (Como deterioro de la condición o muerte del paciente, fallas no contempladas en los equipos de soporte del procedimiento, entre otras), al ser expuestos no pueden utilizarse en otro paciente, siempre y cuando esta situación haya sido informada al financiador/asegurador dentro del término de tres (3) días laborables, señalando el destino de los mismos para la respectiva verificación, de considerarse necesario.

b. La realización de un procedimiento adicional o diferente al requerido, deberá estar respaldado por un informe técnico que lo justifique.

c. El uso de ambulancia para transportar al paciente desde un establecimiento de salud a otro, como parte de su diagnóstico o tratamiento; así como el transporte de pacientes desde el establecimiento de salud hacia el domicilio siempre que se encuentre justificado.

d. Situaciones de orden institucional, por las cuales un paciente permanece más de ocho (8) horas en servicio de emergencia por criterio médico que justifique su estancia.

e. Ingreso a hospitalización desde el servicio de emergencia para la realización de procedimientos diagnósticos y/o quirúrgicos, relacionados con el diagnóstico de ingreso a emergencia.

Art. 69.- Informe.- Concluida la verificación precedente, el profesional responsable del control técnico médico, debe elaborar un informe detallando las observaciones, objeciones o débitos, debidamente validado, con firma de responsabilidad.

El control técnico médico para el Primer Nivel de Atención debe aplicar el proceso señalado en el Instructivo "*Aplicación de los lineamientos del proceso de planillaje y facturación de los servicios de salud*", vigente a la fecha o la norma que lo sustituya.

Parágrafo 3ro
Del Control de Tarifas y Liquidación

Art. 70.- 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 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. 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.

Art. 71.- 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 subsistema (IESS, ISSFA, ISSPOL, MSP, SPPAT), que realiza el proceso, se constituye en el documento habilitante para el pago, tanto para el subsistema que realiza la auditoria, cuanto para el subsistema que debe pagar el porcentaje no cubierto, en la cobertura de los seguros públicos.

Consecuentemente el subsistema que realice el pago del porcentaje no cubierto, no debe realizar un nuevo proceso de auditoría.

Ejemplo 1: Usuario/paciente afiliado del IESS, que a la vez es cónyuge de militar o policía, que fue atendido en un establecimiento de las Fuerzas Armadas, de la Policía Nacional o del Ministerio de Salud Pública, la documentación se enviará al IESS para la respectiva Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud y pago.

Ejemplo 2: Usuario/paciente dependiente del ISSFA, en calidad de padre de militar en servicio activo o pasivo, que fue atendido en un establecimiento de las Fuerzas Armadas, de la Policía Nacional, del Ministerio de Salud Pública o del IESS; la documentación se enviará al ISSFA para la respectiva Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud y pago de lo correspondiente; el prestador del servicios de salud a su vez enviará al Ministerio de Salud Pública, el informe de liquidación que habilitará el pago del porcentaje no cubierto por el subsistema. El Informe de Liquidación determina el valor aprobado sobre el cual se emitirá dicho pago.

La Institución (MSP, IESS, ISSFA, ISSPOL, SPPAT, compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica), que financia el pago de las prestaciones de salud, comunicará por escrito, al prestador de servicios de salud, del pago realizado y anexará el detalle de la liquidación de las planillas aceptadas y detalle de planillas objetadas. En el caso de los planes de cobertura de las compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, la liquidación se efectuará conforme a las condiciones de cada plan de cobertura.

Art. 72.- Informe.- Con la liquidación correspondiente se deberá proceder a elaborar el informe correspondiente, previo al pago.

Parágrafo 4to
Del Procedimiento de Pago

Art. 73.- Control previo al pago.- La gestión documental previa al pago, deberá revisar la organización, existencia y consistencia de la documentación que se enviará como soporte de los pagos.

Art. 74.- Documentos habilitantes.- Los documentos habilitantes, para el proceso de pago, son:

a. Memorando/oficio de solicitud de pago.

b. Factura original enviada por el prestador de servicios de salud.

c. Planilla consolidada.

d. Informe de revisión documental.

e. Informe de revisión de la pertinencia médica.

f. Informe consolidado de liquidación.

g. Acta entrega recepción o planilla individual firmada, para los casos que determina la Norma (Servicios Internación/Hospitalización, Servicios de Diálisis y Servicios Ambulatorios con procedimientos de intervencionismo).

h. Código de validación emitido para la prestación del servicio en la Red Privada Complementaria.

Los documentos habilitantes, para el pago de las prestaciones en el Primer Nivel de atención son:

a. Memorando/oficio de solicitud de pago.

b. Factura original enviada por el prestador.

c. Planilla consolidada.

d. Informe de revisión documental.

e. Informe de revisión de la pertinencia médica.

f. Informe consolidado de liquidación.

En esta actividad se aplicará la lista de chequeo / Documentos habilitantes para el pago (Anexo 13).

Los demás documentos utilizados en el proceso de Auditoria de la Calidad de la Facturación, así como los resultantes en el proceso del trámite (Copia de informes de: Control documental, control técnico médico, control tarifas; y, detalle de objeciones en cada expediente), se entregarán y/o se enviarán al Archivo de la Unidad de Auditoria de la Calidad de la Facturación de Servicios de Salud.

Este es el paso final de la Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud.

Sección 4ta
De las Observaciones, Objeciones y Débitos

Art. 75.- Resultados.- Como resultado de la auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud, pueden existir observaciones, objeciones o débitos, totales o parciales, que imperativamente deben ser puestos en conocimiento de los prestadores de servicios de salud, a fin de que sean debidamente subsanados.

Art. 76.- Observación.- Es el comentario técnico que hace referencia a un error de forma que no afecta el proceso de revisión de pago, no es imputable directamente al prestador de servicios de salud y por tanto, no necesita aclaración por parte del prestador. Conlleva acciones administrativas de mejora.

Las observaciones deben incluirse en el Informe de Liquidación como recomendaciones. Entre las causas de observación está la calidad de la información del Formulario-053 Referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa, que no es atribuible al prestador de servicios.

Art. 77.- Objeción.- Es toda aquella acotación técnica del equipo de control técnico médico que puede ser solventada por el prestador al completar la información y/o ser justificada con soportes adecuados.

Las objeciones pueden ser parciales o totales.

Art. 78.- Objeción parcial.- La objeción parcial afecta solo a un componente del expediente; o, ítem de la planilla y permite que continúe la auditoría.

El valor no objetado será pagado. Lo objetado se comunicará al prestador en el Informe de Liquidación para la respectiva justificación. Por ejemplo, las objeciones por medicamentos, dispositivos médicos, cálculo de servicios profesionales, entre otras.

Efectuada la objeción se continua con el proceso de la auditoría de la calidad de la facturación, luego de lo cual, se realiza el pago de las prestaciones no objetadas.

Art. 79.- Objeción total.- La objeción total afecta a todo el expediente; o, a toda la planilla. No faculta ni habilita el pago de las prestaciones de salud.

La objeción total, será notificada al prestador de servicios de salud, a fin de que retire de la institución financiadora/ aseguradora, el expediente íntegro, previa la suscripción del Acta Entrega Recepción.

El prestador de servicios de salud, dentro de los tiempos establecidos en esta Norma, podrá subsanar la objeción y reingresar el expediente para el respectivo proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud.

Pasado el tiempo de sesenta (60) días laborables, sin recibir los soportes que justifiquen las objeciones documentales, técnicas-médicas o financieras, se considerará el caso como cerrado y no se aceptará reclamo posterior. El término del proceso corre desde la notificación recibida por el prestador de servicios de salud.

Se aceptará una sola justificación por cada expediente, por tanto el prestador de servicios de salud deberá asegurarse de incluir los justificativos de todas las objeciones documentales, técnicas-médicas y/o financieras, pues no se dará trámite a pedidos posteriores de justificaciones.

En caso de atenciones objetadas que no se justifiquen y produzcan débitos definitivos, el prestador no podrá

requerir el pago al paciente o familiares. Cualquier cobro en este sentido será motivo de la sanción que la Ley prevea.

Art. 80.- Levantamiento de objeciones.- Para el levantamiento de objeciones se evalúa la pertenencia y consistencias técnicas de las justificaciones enviadas por el prestador de servicios de salud y de ser el caso se procederá al pago del valor justificado.

Art. 81.- Débito.- Es el descuento definitivo al monto solicitado por el prestador de servicios de salud, en caso de que una objeción señalada no ha sido justificada por el prestador; y/o, si la justificación es insuficiente para aclarar la objeción.

CAPITULO VI
DE LAS RESPONSABILIDADES Y OBLIGACIONES

Sección 1
De las Responsabilidades

Art. 82.- Responsabilidad del financiador/asegurador.- Son responsabilidades del financiador/asegurador, las siguientes:

a. Validar la existencia y consistencia de los documentos habilitantes.

b. Validar la pertinencia médica de los procedimientos aplicados a los pacientes.

c. Validar la racionalidad de las tarifas aplicadas a cada prestación por los prestadores de servicios de salud.

d. Garantizar el cumplimiento de los convenios y acuerdos entre las partes; y, con el paciente.

Art. 83.- Responsabilidad del prestador de servicios de salud.- Son responsabilidades del prestador de servicios de salud, las siguientes:

a. Promover la calidad técnica y administrativa del establecimiento de salud.

b. Promover el respeto de los derechos del paciente.

c. Proveer los elementos necesarios para justificar los cobros por las atenciones generadas en el establecimiento de salud, conforme con la normativa legal vigente.

d. Impulsar la correcta aplicación de los procesos que respalden el cumplimiento de los convenios y acuerdos interinstitucionales.

e. Asegurar que todas las prestaciones de salud brindas se incluyan en el cobro.

f. Promover la cabal aplicación de los algoritmos, protocolos y guías de atención.

Sección 2

De las Obligaciones

Art. 84.- Obligaciones del financiador/asegurador.- Son obligaciones del financiador/asegurador, las siguientes:

a. Mantener habilitados y operativos los canales informáticos del caso y garantizar el acceso a sus bases de datos, para la identificación del derecho al seguro de salud de los usuarios/pacientes de la entidad; y, garantizar la validez de la información proporcionada por los mencionados canales.

b. Realizar el pago por las prestaciones de salud brindadas a sus usuarios/pacientes, de acuerdo con los resultados del proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud.

c. Mantener las bases de datos de los usuarios/pacientes permanentemente actualizadas.

Art. 85.- Obligaciones del prestador.- Son obligaciones del prestador de servicios de salud, las siguientes:

a. Mantener actualizada la cartera de servicios y el detalle de prestaciones de salud que tiene.

b. Atender a los usuarios/pacientes, por referencia, contrareferencia, derivación o autoderivación; y, registrar las prestaciones de salud otorgadas.

c. Obtener las copias de los documentos técnicos (Formularios de la historia clínica) para su inclusión en los respectivos trámites administrativos.

d. Verificar en línea la identificación de derecho y cobertura de los usuarios/pacientes.

e. Proveer medicamentos y dispositivos médicos de calidad al usuario/paciente; y, contar con los recursos humanos calificados, para garantizar una adecuada atención de salud.

f. Contar con la infraestructura y equipamiento médico; y, con recursos administrativos y tecnológicos adecuados, que permita brindar una oportuna y apropiada prestación de servicios de salud.

g. Planillar la prestación de los servicios de salud de acuerdo con los valores establecidos en el "Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud", emitido por la Autoridad Sanitaria Nacional.

h. Implementar los controles necesarios y suficientes que eviten la duplicación de planillas.

Art. 86.- Obligaciones comunes.- Son obligaciones comunes del financiador/asegurador; y, del prestador de servicios de salud:

a. Conformar las unidades o equipos de gestión de la red, responsables del proceso, que deberán conocer sobre

los beneficiarios, cobertura, excepciones y documentos habilitantes del proceso.

b. Los responsables del proceso de relacionamiento interinstitucional deben tener acceso a los medios que les permitan comunicarse con sus similares de las otras Instituciones, de manera que puedan solventar dificultades relacionadas con este proceso administrativo.

CAPITULO VII
DE LAS PROHIBICIONES Y SANCIONES

Art. 87.- Prohibiciones.- Prohíbese a los servidores que participen en los procesos de atención a los usuarios/pacientes y gestión de la auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud, a más de las previstas en la Ley Orgánica del Servicio Público, las siguientes:

a. Utilizar la información recopilada como resultado del cumplimiento de sus tareas y actividades, para el beneficio de terceros (Personas, instituciones o empresas).

b. Utilizar la información de su trabajo para causar perjuicios a una persona o a una institución.

c. Ser parte de actividades o responsabilidades que causen conflicto de interés con personas naturales o jurídicas.

d. Organizar empresas privadas o servicios profesionales privados de auditoría de la facturación, para los prestadores de servicios de Salud, con miras a garantizar que el trámite presentado en la Red Pública Integral de Salud, se encuentre conforme lo norma.

Art. 88.- Sanciones.- Los que participen en los procesos de atención a usuarios/pacientes y gestión de la auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud, que incumplan estos lineamientos, normas y disposiciones legales, serán sancionados de acuerdo con la Ley, respetando el debido proceso.

Sección 1
De la Garantía de la Calidad

Art. 89.- Garantía.- Los establecimientos de salud para su funcionamiento, deberán contar con el permiso de funcionamiento y estar licenciados según la normativa legal vigente.

Las Instituciones financiadoras/aseguradoras podrán realizar visitas de control técnico, como mecanismo de garantía de la calidad de las prestaciones de salud que los prestadores de servicios de salud brindan a los usuarios/pacientes. Estas visitas pueden ser o no comunicadas a los prestadores de servicios de salud.

Art. 90.- Mejoramiento continuo.- Con la finalidad de estimular el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud, se difundirá y recomendará a los establecimientos de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria, implementar la Metodología para el Incentivo a la Calidad, de acuerdo a las disposiciones que para el efecto se emita.

Sección 2
Disposiciones Finales

Art. 91.- Anexos y formularios.- Para facilitar los procesos regulados en esta norma, se aplicarán los siguientes documentos:

a. Anexo 1 Oficio de requerimiento de muestras múltiples.

b. Anexo 2 Lista de muestras múltiples enviadas.

c. Anexo 3 Oficio de solicitud de pago.

d. Anexo 4 Formulario 053–Referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa.

e. Anexo 5 Formulario 006 – Epicrisis.

f. Anexo 6 Formulario 010 – Laboratorio clínico.

g. Anexo 7 Formulario 012 – Imagenología.

h. Anexo 8 Formulario 007 – Interconsulta.

i. Anexo 9 Formulario Atención Prehospitalaria

j. Anexo 10 Formulario 033 – Odontología.

k. Anexo 11 Lista de muestras múltiples efectivamente procesadas.

l. Anexo 12 Informe trimestral de servicios de diálisis

m. Anexo 13 Lista de chequeo: Recepción documental/ Revisión Documental / Documentos Habilitantes para el pago.

n. Anexo 14 Acta entrega recepción de servicios de salud.

o. Anexo 15 Acta entrega recepción servicio de diálisis.

p. Anexo 16 Formulario 008–Emergencia

DISPOSICIONES GENERALES:

PRIMERA.- En todo lo no previsto en esta Norma, se aplicará exclusivamente lo dispuesto en la Ley de Seguridad Social, Ley de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, Ley de Seguridad Social de la Policía Nacional; y, sus Reglamentos Generales, dictados por el Presidente/a de la República.

SEGUNDA.- En el caso de que las disposiciones de la presente normativa no guarden armonía con el ordenamiento

jurídico que rige la materia, prevalecerán las normas de mayor jerarquía.

DISPOSICIÓN DEROGATORIA:

Deróguese todas las normas de igual o menor jerarquía que se apongan a la presente; y, expresamente el Acuerdo Ministerial No. 00005309 de 28 de octubre de 2015, publicado en el Registro Oficial Edición Especial No. 437 de 31 de diciembre de 2015.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS:

PRIMERA.- Los trámites anteriores a la vigencia de esta Norma, que se encuentren en cualquiera de las fases de la auditoria de la calidad, deberán ser concluidos conforme a la normativa vigente a la fecha de presentación; y, el Acuerdo Ministerial No. 0127-2016 de 18 de noviembre de 2016.

SEGUNDA.- En el plazo de un año, contado a partir de la vigencia de la presente Norma, la Coordinación General de Gestión Estratégica a través de la Dirección Nacional de Tecnologías de la Información y Comunicaciones; y, la Subsecretaria Nacional de Gobernanza de la Salud a través de la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, desarrollarán un sistema informático, que facilite la auditoria de la calidad de la facturación.

DISPOSICIÓN FINAL.- El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial y de su ejecución encárguese a la Subsecretaria Nacional de Gobernanza de la Salud a través de la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud.

Dado en la ciudad de Quito, Distrito Metropolitano, a 08 de diciembre de 2016.

f.) Dra. Margarita Beatriz Guevara Alvarado, Ministra de Salud Pública.

Es fiel copia del documento que consta en el Archivo de la Dirección Nacional de Secretaría General al que me remito en caso necesario. Lo Certifico en Quito a, 09 de diciembre de 2016.- f.) Ilegible.- Secretaría General.- Ministerio de Salud Pública.

ANEXO 1
OFICIO DE REQUERIMIENTO DE MUESTRAS MÚLTIPLES

LOGOTIPO Y MEMBRETE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

OFICIO No.---------
Ciudad y fecha

Señores: (Nombre del responsable de la derivación)
Institución Pública (MSP, ISSFA, IESS, ISSPOL)
Ciudad donde se envía el oficio

ASUNTO: Solicitud de emisión del Código de Validación para Muestras Múltiples.

De mis consideraciones:

Solicito a usted, de la manera más comedida, la emisión del Código de Validación, para muestras múltiples, el examen de apoyo diagnóstico solicitado es .....
;muestras que serán enviadas el mes de (registrar el mes de prestación) de año (registrar el año), pertenecientes al (nombre del establecimiento de salud que deriva).

Adjunto al presente remito a su autoridad el listado de los usuarios/pacientes que requieren el servicio

Con sentimientos de distinguida consideración

Atentamente,

Nombre de la máxima autoridad del establecimiento de salud que solicita el servicio.
Cargo de la autoridad
Nombre del establecimiento de Salud solicitante.

ANEXO 2
LISTA DE MUESTRAS MÚLTIPLES ENVIADAS

LOGOTIPO Y MEMBRETE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

LISTADO DE PACIENTES DE MUESTRAS MÚLTIPLES ENVIADAS

Fecha de envío de las muestras .....

Examen de apoyo diagnóstico solicitado: .....

Código de Validación (solo para RPC) : .....

Ord.	Número de cédula usuario/paciente	APELLIDOS usuario/paciente	NOMBRES usuario/paciente
1			
2			
3			
...			
n			

Realizado por:

FIRMA

Nombre:
Nº CC :
Cargo:

Autorizado por:

FIRMA Y SELLO

Nombre:
Nº CC :
Cargo:

ANEXO 3
OFICIO DE SOLICITUD DE PAGO

LOGOTIPO Y MEMBRETE DEL PRESTADOR

OFICIO No.---------
Ciudad y fecha
Señores: (Autoridad máxima de la entidad financiadora)
Institución Pública (MSP, ISSFA, IESS, ISSPOL)
Ciudad donde se envía la documentación

ASUNTO: Remitiendo planillas por las atenciones prestadas a los beneficiarios del (MSP – IESS – ISSFA – ISSPOL), en el servicio de (Hospitalización – Emergencia -- Ambulatorio /Consulta Externa – Diálisis – Pre hospitalario), durante el mes de (registrar el mes de prestación) de año (registrar el año).

De mis consideraciones:

Adjunto al presente remito a su autoridad:

Las planillas y documentación habilitante para el proceso de ACFSS, por el servicio de servicio de (Hospitalización – Emergencia – Ambulatorio /Consulta Externa – Diálisis – Pre hospitalario), correspondiente al mes (registrar el mes de prestación) de año (registrar el año), en total de (número de expedientes Ejemplo 68) expedientes.

La planilla consolidada y el respectivo respaldo magnético de la información de los usuarios/pacientes atendidos en esta Unidad de Salud, por (monto total en dólares), que luego de los controles del caso, agradeceré sea depositado en a cuenta bancaria registrada en su Departamento Financiero.

Particular que remito a usted, para los fines consiguientes.

Atentamente,

NOMBRE MAXIMA AUTORIDAD DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS
CARGO DE LA AUTORIDAD

ANEXO 4

FORMULARIO 053 – REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
			día	mes	año		

	País	Cédula de Ciudadanía o Pasaporte	Lugar de residencia actual			Dirección Domicilio	Nº Telefónico
			Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	

II. REFERENCIA: 1 ☐ **DERIVACIÓN:** 2 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área

Refiere o Deriva a:

				Fecha		
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

- Limitada capacidad resolutiva 1 ☐
- Ausencia temporal del profesional 2 ☐
- Falta de profesional 3 ☐
- Saturación de capacidad instalada 4 ☐
- Otros /Especifique 5 ☐ ____________________

3. Resumen del cuadro clínico

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
1				
2				

Nombre del profesional: __________ Código MSP: __________ Firma: __________

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ **REFERENCIA INVERSA:** 4 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica Nro.	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	Especialidad del servicio

Contrarefiere o Referencia Inversa a:

				Fecha		
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
1				
2				

6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad

Nombre del profesional especialista: __________ Código MSP: __________ Firma: __________

7. Referencia Justificada ☐

ESTABLECIMIENTO	NOMBRES	APELLIDOS	SEXO (M-F)	Nº HOJA	Nº HISTORIA CLÍNICA

ANEXO 5
FORMULARIO 006 - EPICRISIS

1 RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

2 RESUMEN DE EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES

3 HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ANEXO 5
FORMULARIO 006 - EPICRISIS

4 RESUMEN DE TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS

5 DIAGNÓSTICOS INGRESO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF
1				
2				
3				
4				
5				
6				

6 DIAGNÓSTICOS EGRESO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF
1				
2				
3				
4				
5				
6				

7 CONDICIONES DE EGRESO Y PRONOSTICO

8 MÉDICOS TRATANTES

	NOMBRES	ESPECIALIDAD	CÓDIGO	PERIODO DE RESPONSABILIDAD
1				
2				
3				
4				

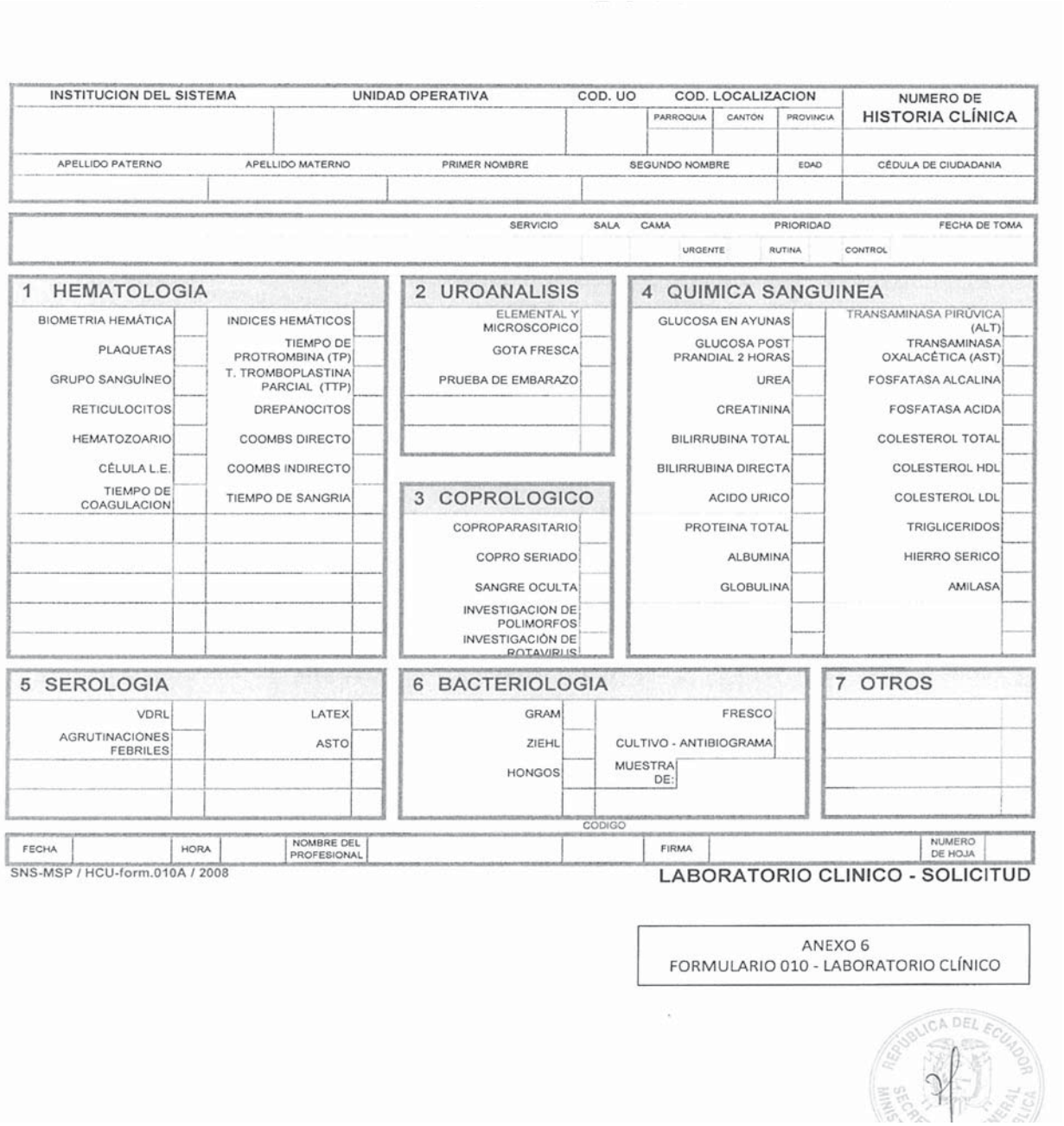
9 EGRESO

ALTA DEFINITIVA	ASINTOMÁTICO	DISCAPACIDAD MODERADA	RETIRO AUTORIZADO	DEFUNCIÓN MENOS DE 48 HORAS	DÍAS DE ESTADA
ALTA TRANSITORIA	DISCAPACIDAD LEVE	DISCAPACIDAD GRAVE	RETIRO NO AUTORIZADO	DEFUNCIÓN MAS DE 48 HORAS	DÍAS DE INCAPACIDAD

FECHA		HORA		NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO		FIRMA		NUMERO DE HOJA	

SNS-MSP / HCU-form.006 / 2008

EPICRISIS (2)



INSTITUCION DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACION			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA
			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	EDAD	CÉDULA DE CIUDADANIA

SERVICIO	SALA	CAMA	PRIORIDAD			FECHA DE TOMA
			URGENTE	RUTINA	CONTROL	

1 HEMATOLOGIA

BIOMETRIA HEMÁTICA		INDICES HEMÁTICOS	
PLAQUETAS		TIEMPO DE PROTROMBINA (TP)	
GRUPO SANGUÍNEO		T. TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP)	
RETICULOCITOS		DREPANOCITOS	
HEMATOZOARIO		COOMBS DIRECTO	
CÉLULA L.E.		COOMBS INDIRECTO	
TIEMPO DE COAGULACION		TIEMPO DE SANGRIA	

2 UROANALISIS

ELEMENTAL Y MICROSCOPICO	
GOTA FRESCA	
PRUEBA DE EMBARAZO	

3 COPROLOGICO

COPROPARASITARIO	
COPRO SERIADO	
SANGRE OCULTA	
INVESTIGACION DE POLIMORFOS	
INVESTIGACIÓN DE ROTAVIRUS	

4 QUIMICA SANGUINEA

GLUCOSA EN AYUNAS		TRANSAMINASA PIRÚVICA (ALT)	
GLUCOSA POST PRANDIAL 2 HORAS		TRANSAMINASA OXALACÉTICA (AST)	
UREA		FOSFATASA ALCALINA	
CREATININA		FOSFATASA ACIDA	
BILIRRUBINA TOTAL		COLESTEROL TOTAL	
BILIRRUBINA DIRECTA		COLESTEROL HDL	
ACIDO URICO		COLESTEROL LDL	
PROTEINA TOTAL		TRIGLICERIDOS	
ALBUMINA		HIERRO SERICO	
GLOBULINA		AMILASA	

5 SEROLOGIA

VDRL		LATEX	
AGRUTINACIONES FEBRILES		ASTO	

6 BACTERIOLOGIA

GRAM		FRESCO	
ZIEHL		CULTIVO - ANTIBIOGRAMA	
HONGOS		MUESTRA DE:	

7 OTROS

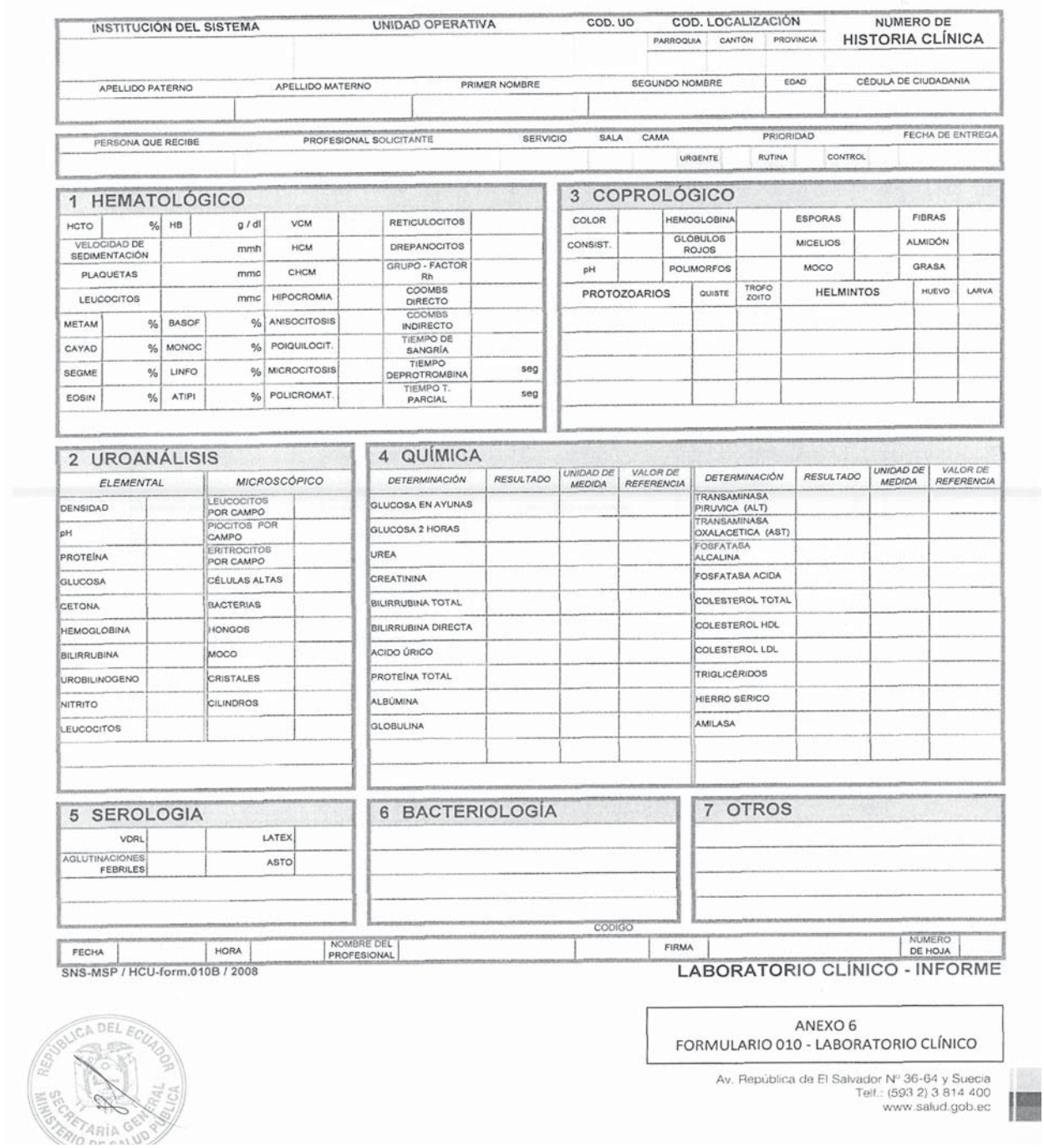
CODIGO

FECHA		HORA		NOMBRE DEL PROFESIONAL			FIRMA		NUMERO DE HOJA	

SNS-MSP / HCU-form.010A / 2008

LABORATORIO CLINICO - SOLICITUD

ANEXO 6
FORMULARIO 010 - LABORATORIO CLÍNICO



INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNIDAD OPERATIVA | COD. UO | COD. LOCALIZACIÓN: PARROQUIA, CANTÓN, PROVINCIA | NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA

APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | EDAD | CÉDULA DE CIUDADANIA

PERSONA QUE RECIBE | PROFESIONAL SOLICITANTE | SERVICIO | SALA | CAMA | PRIORIDAD: URGENTE, RUTINA, CONTROL | FECHA DE ENTREGA

1 HEMATOLÓGICO

HCTO	%	HB	g / dl	VCM		RETICULOCITOS	
VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN			mmh	HCM		DREPANOCITOS	
PLAQUETAS			mmc	CHCM		GRUPO - FACTOR Rh	
LEUCOCITOS			mmc	HIPOCROMIA		COOMBS DIRECTO	
METAM	%	BASOF	%	ANISOCITOSIS		COOMBS INDIRECTO	
CAYAD	%	MONOC	%	POIQUILOCIT.		TIEMPO DE SANGRÍA	
SEGME	%	LINFO	%	MICROCITOSIS		TIEMPO DEPROTROMBINA	seg
EOSIN	%	ATIPI	%	POLICROMAT.		TIEMPO T. PARCIAL	seg

3 COPROLÓGICO

COLOR		HEMOGLOBINA		ESPORAS		FIBRAS	
CONSIST.		GLÓBULOS ROJOS		MICELIOS		ALMIDÓN	
pH		POLIMORFOS		MOCO		GRASA	

PROTOZOARIOS	QUISTE	TROFO ZOITO	HELMINTOS	HUEVO	LARVA

2 UROANÁLISIS

ELEMENTAL		*MICROSCÓPICO*	
DENSIDAD		LEUCOCITOS POR CAMPO	
pH		PIOCITOS POR CAMPO	
PROTEÍNA		ERITROCITOS POR CAMPO	
GLUCOSA		CÉLULAS ALTAS	
CETONA		BACTERIAS	
HEMOGLOBINA		HONGOS	
BILIRRUBINA		MOCO	
UROBILINOGENO		CRISTALES	
NITRITO		CILINDROS	
LEUCOCITOS			

4 QUÍMICA

DETERMINACIÓN	*RESULTADO*	*UNIDAD DE MEDIDA*	*VALOR DE REFERENCIA*	*DETERMINACIÓN*	*RESULTADO*	*UNIDAD DE MEDIDA*	*VALOR DE REFERENCIA*
GLUCOSA EN AYUNAS				TRANSAMINASA PIRUVICA (ALT)			
GLUCOSA 2 HORAS				TRANSAMINASA OXALACETICA (AST)			
UREA				FOSFATASA ALCALINA			
CREATININA				FOSFATASA ACIDA			
BILIRRUBINA TOTAL				COLESTEROL TOTAL			
BILIRRUBINA DIRECTA				COLESTEROL HDL			
ACIDO ÚRICO				COLESTEROL LDL			
PROTEÍNA TOTAL				TRIGLICÉRIDOS			
ALBÚMINA				HIERRO SERICO			
GLOBULINA				AMILASA			

5 SEROLOGIA

VDRL		LATEX	
AGLUTINACIONES FEBRILES		ASTO	

6 BACTERIOLOGÍA

7 OTROS

CODIGO

FECHA | HORA | NOMBRE DEL PROFESIONAL | FIRMA | NUMERO DE HOJA

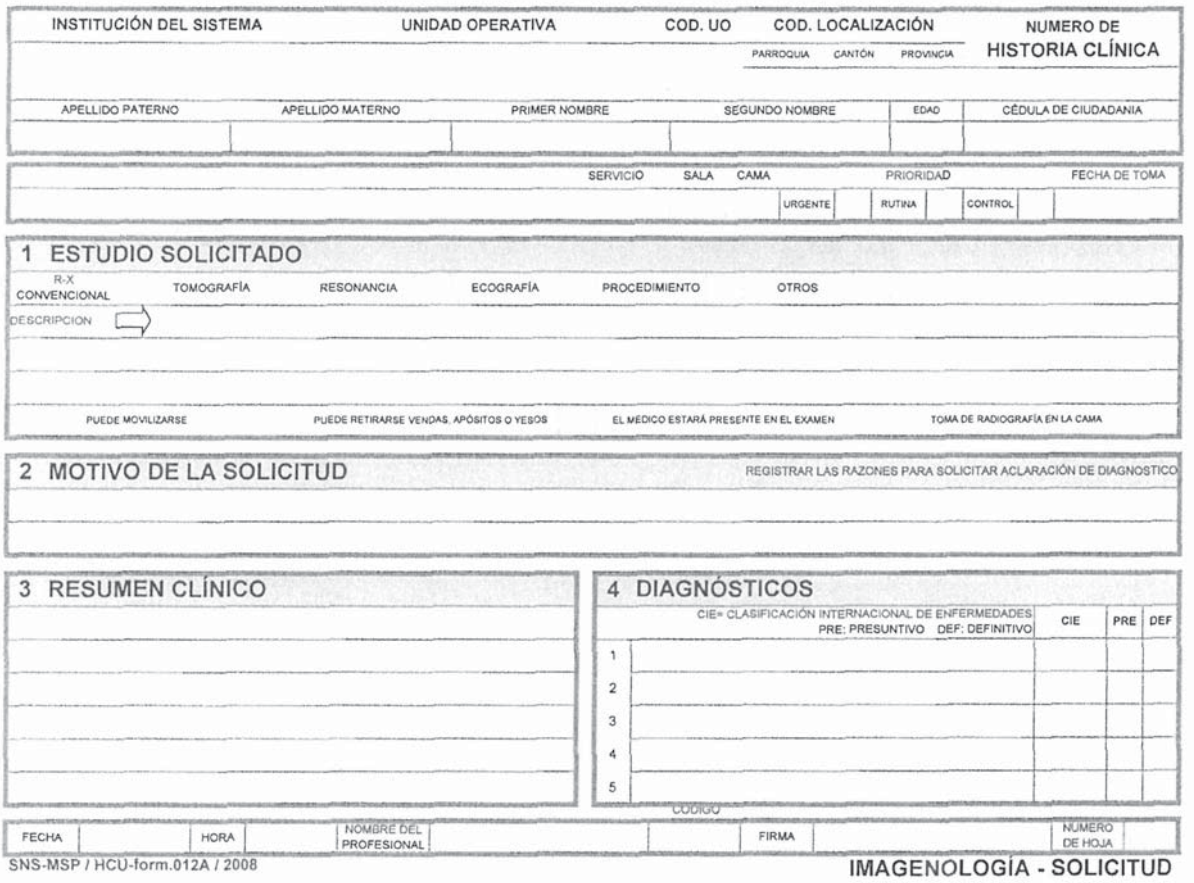
SNS-MSP / HCU-form.010B / 2008

LABORATORIO CLÍNICO - INFORME

ANEXO 6
FORMULARIO 010 - LABORATORIO CLÍNICO

Av. República de El Salvador Nº 36-64 y Suecia
Telf.: (593 2) 3 814 400
www.salud.gob.ec

REPÚBLICA DEL ECUADOR
SECRETARÍA GENERAL
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNIDAD OPERATIVA | COD. UO | COD. LOCALIZACIÓN (PARROQUIA, CANTÓN, PROVINCIA) | NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA

APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | EDAD | CÉDULA DE CIUDADANIA

SERVICIO | SALA | CAMA | PRIORIDAD (URGENTE, RUTINA, CONTROL) | FECHA DE TOMA

1 ESTUDIO SOLICITADO

R-X CONVENCIONAL | TOMOGRAFÍA | RESONANCIA | ECOGRAFÍA | PROCEDIMIENTO | OTROS

DESCRIPCION

PUEDE MOVILIZARSE | PUEDE RETIRARSE VENDAS, APÓSITOS O YESOS | EL MÉDICO ESTARÁ PRESENTE EN EL EXAMEN | TOMA DE RADIOGRAFÍA EN LA CAMA

2 MOTIVO DE LA SOLICITUD — REGISTRAR LAS RAZONES PARA SOLICITAR ACLARACIÓN DE DIAGNOSTICO

3 RESUMEN CLÍNICO

4 DIAGNÓSTICOS

CIE= CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES
PRE: PRESUNTIVO DEF: DEFINITIVO

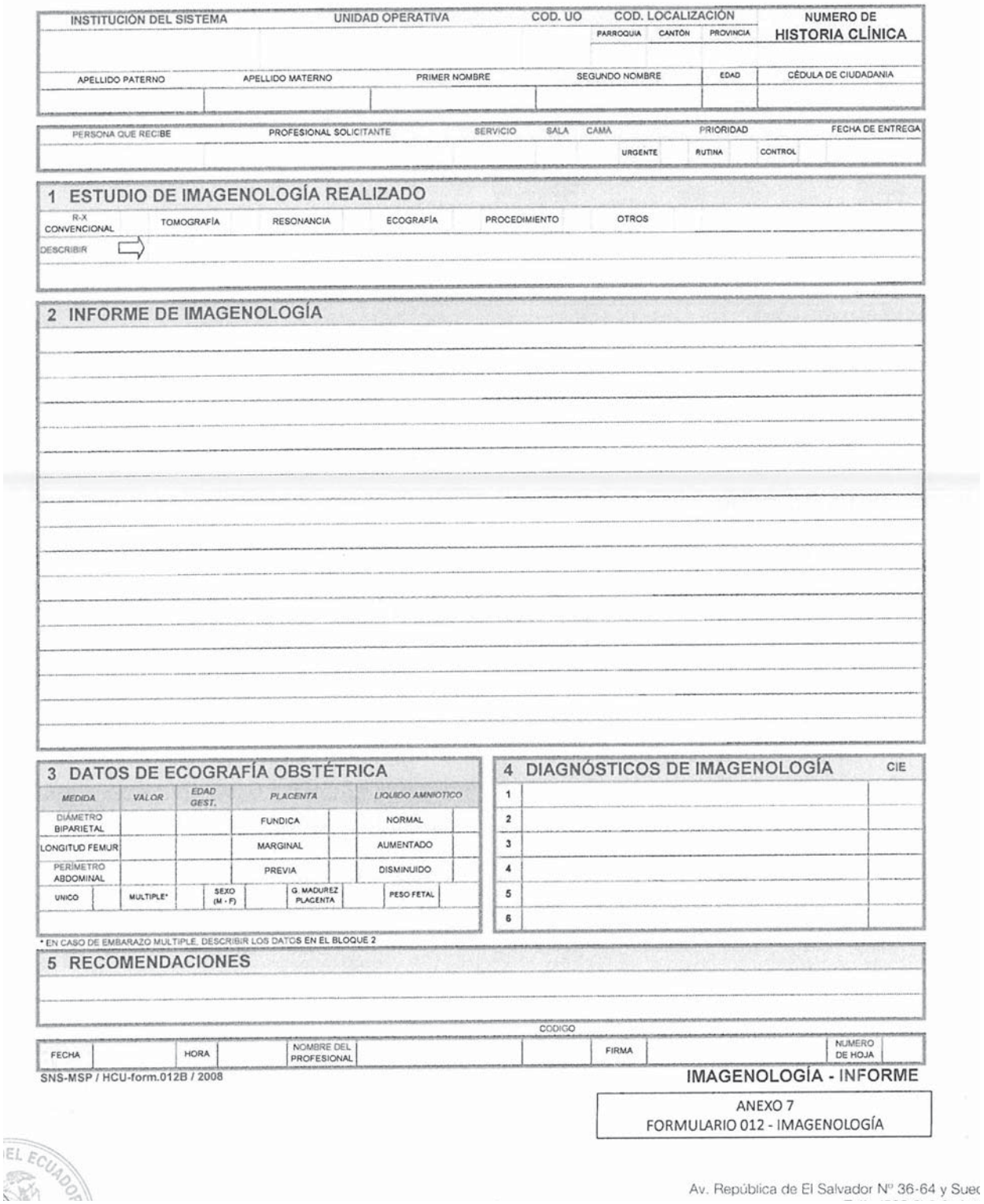
	CODIGO	CIE	PRE	DEF
1				
2				
3				
4				
5				

FECHA | HORA | NOMBRE DEL PROFESIONAL | FIRMA | NUMERO DE HOJA

SNS-MSP / HCU-form.012A / 2008

IMAGENOLOGÍA - SOLICITUD

ANEXO 7
FORMULARIO 012 - IMAGENOLOGÍA



INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNIDAD OPERATIVA | COD. UO | COD. LOCALIZACIÓN: PARROQUIA, CANTÓN, PROVINCIA | NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA

APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | EDAD | CÉDULA DE CIUDADANÍA

PERSONA QUE RECIBE | PROFESIONAL SOLICITANTE | SERVICIO | SALA | CAMA | PRIORIDAD: URGENTE, RUTINA, CONTROL | FECHA DE ENTREGA

1 ESTUDIO DE IMAGENOLOGÍA REALIZADO

R-X CONVENCIONAL | TOMOGRAFÍA | RESONANCIA | ECOGRAFÍA | PROCEDIMIENTO | OTROS

DESCRIBIR

2 INFORME DE IMAGENOLOGÍA

3 DATOS DE ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA

MEDIDA	VALOR	EDAD GEST.	PLACENTA		LIQUIDO AMNIOTICO	
DIÁMETRO BIPARIETAL			FUNDICA		NORMAL	
LONGITUD FEMUR			MARGINAL		AUMENTADO	
PERÍMETRO ABDOMINAL			PREVIA		DISMINUIDO	

UNICO | MULTIPLE* | SEXO (M - F) | G. MADUREZ PLACENTA | PESO FETAL

* EN CASO DE EMBARAZO MULTIPLE, DESCRIBIR LOS DATOS EN EL BLOQUE 2

4 DIAGNÓSTICOS DE IMAGENOLOGÍA

		CIE
1		
2		
3		
4		
5		
6		

5 RECOMENDACIONES

CODIGO

FECHA | HORA | NOMBRE DEL PROFESIONAL | FIRMA | NUMERO DE HOJA

SNS-MSP / HCU-form.012B / 2008

IMAGENOLOGÍA - INFORME

ANEXO 7
FORMULARIO 012 - IMAGENOLOGÍA

ESTABLECIMIENTO SOLICITANTE	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M-F)	EDAD	Nº HISTORIA CLINICA

1 CARACTERISTICAS DE LA SOLICITUD Y MOTIVO

ESTABLECIMIENTO DE DESTINO		SERVICIO CONSULTADO		SERVICIO QUE SOLICITA		SALA		CAMA	
NORMAL		URGENTE		MEDICO INTER CONSULTADO		DESCRIPCION DEL MOTIVO			

2 CUADRO CLINICO ACTUAL

ANEXO 8
FORMULARIO 007 - INTERCONSULTA

3 RESULTADOS DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

4 DIAGNOSTICO

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1					4				
2					5				
3					6				

5 PLANES TERAPEUTICOS Y EDUCACIONALES REALIZADOS

CÓDIGO

FECHA		HORA		NOMBRE DEL PROFESIONAL		FIRMA		NUMERO DE HOJA	

SNS-MSP / HCU-form.007 / 2008

INTERCONSULTA - SOLICITUD

ESTABLECIMIENTO CONSULTADO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M-F)	EDAD	Nº HISTORIA CLÍNICA

6 CUADRO CLÍNICO DE INTERCONSULTA

ANEXO 8
FORMULARIO 007 - INTERCONSULTA

7 RESUMEN DEL CRITERIO CLÍNICO

8 DIAGNOSTICO

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1					4				
2					5				
3					6				

9 PLAN DE DIAGNOSTICO PROPUESTO

10 PLAN DE TRATAMIENTO PROPUESTO

TERAPÉUTICOS Y EDUCATIVO

FECHA		HORA		NOMBRE DEL PROFESIONAL		CÓDIGO	FIRMA		NUMERO DE HOJA	

SNS-MSP / HCU-form.007 / 2008

INTERCONSULTA - INFORME

Av. República de El Salvador Nº 36-64 y

INSTITUCION	UNIDAD OPERATIVA	CODIGO UO	Nº AMBULANCIA	CANTON	PROVINCIA	Nº DE HOJA

1 DATOS GENERALES

MARCAR "X" SOLO EN LAS CELDAS CUADRADAS — TRAUMA | OBSTETRICIA | CLINICA | PSIQUIATRIA

NOMBRE DE LA VICTIMA		CEDULA		EDAD		SEXO	HORA DE DESPACHO
DIRECCION DEL EVENTO		ESCENARIO DEL EVENTO		FECHA Y HORA DEL EVENTO			
FECHA Y HORA DE LA ATENCION		VEHICULO IDENTIFICADO	NUMERO DE PLACA	SOAT	ASEGURADORA		NUMERO POLIZA

2 INTERROGATORIO

ANTECEDENTES DEL EVENTO, SINTOMAS, MEDICAMENTOS QUE RECIBE, CINEMATICA — ALERGIAS | ADICCIONES

3 EXAMEN FISICO Y DIAGNOSTICO

MARCAR "X" SOLO EN LAS CELDAS CUADRADAS Y DESCRIBIR ABAJO, ESCRIBIENDO EL NUMERO DE LA LESION

1. VIA AEREA OBSTRUIDA	2. ALIENTO ALCOHOLICO	3. LESION EN CABEZA	4. LESION EN CUELLO	5. LESION EN TORAX	6. LESION EN ABDOMEN	7. LESION EN PELVIS	8. LESION EN COLUMNA	9. LESION EN MIEMBROS

DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS	ESTADO INICIAL	GRAVE	MODERADO	LEVE
	ESTADO FINAL	GRAVE	MODERADO	LEVE

REACCION: RN= NORMAL RL= LENTA RR= RAPIDA — DILATACION: DN= NORMAL DD= MIOSIS DA= MIDRIASIS

4 SIGNOS VITALES

LUGAR	PULSO / min	TEMPER °C	PRESION ARTERIAL mm Hg	FRECUENCIA RESPIR / min	ESCALA DE COMA DE GLASGOW: APERTURA OJOS (4)	RESPUESTA VERBAL (5)	RESPUESTA MOTORA (6)	TOTAL GLASGOW	PUPILAS DERECHA: REACCION (RN-RL-RR)	PUPILAS DERECHA: DILATACION (DN-DD-DA)	PUPILAS IZQUIERDA: REACCION (RN-RL-RR)	PUPILAS IZQUIERDA: DILATACION (DN-DD-DA)
ESCENA												
TRANSPORTE												
ENTREGA												

5 TRAUMA

VIOLENCIA | ACCIDENTE | AUTO AGRESION

ACCIDENTE TRANSITO	VICTIMA CONDUCTOR	VICTIMA PASAJERO	VICTIMA PEATON	AUTOMOVIL-CAMIONETA	AUTOBUS	VEHICULO PESADO	MOTO	BICICLETA		
	IMPACTO FRONTAL	IMPACTO LATERAL	IMPACTO POSTERIOR	ATROPELLO DE VEHICULO	CAIDA DE VEHICULO	CHOQUE DE VEHICULO	EXPULSION DE VEHICULO	VOLCA MIENTO		
	BOLSA INFLADA	CINTURON COLOCADO	CASCO COLOCADO	ROPA PROTECTORA	EN ASIENTO DELANTERO	EN ASIENTO POSTERIOR	VICTIMA ATRAPADA	OTRO VEHICULO		
OTROS	HERIDA POR ARMA DE FUEGO	HERIDA POR ARMA CORTANTE	HERIDA POR ARMA PUNZANTE	HERIDA POR OTRO OBJETO	QUEMADURA	APLASTA MIENTO	MORDEDURA	FRACTURA		
	CUERPO EXTRAÑO	CAIDA	AGRESION SEXUAL	AGRESION FISICA	AGRESION INTRAFAMILIAR	ENVENENAMIENTO	INTOXICACION	OTRO		

6 EMERGENCIA GINECO-OBSTETRICA Y NEONATAL

PARTO | ABORTO | SANGRADO

FECHA ULTIMA MENSTRUACI		SEMANA DE		GESTAS		PARTOS		ABORTOS		CESÁREAS		
MEMBRANAS INTEGRAS		MEMBRANAS ROTAS		TIEMPO DE RUPTURA		PRESENTACIÓN						
DILATACIÓN		BORRAMIENTO		PLANO		ALTURA UTERINA						
F. CARDIACA FETAL		MOVIMIENTO FETAL		EXPULSIVO		ECLAMPSIA		PRE ECLAMPSIA				

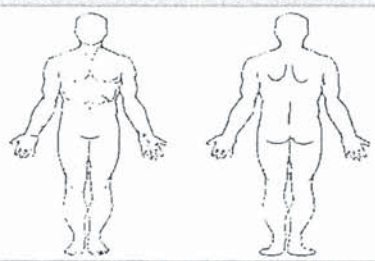
CONTRACCIONES UTERINAS	HORA			
	NUMERO			
	INTENSIDAD			
SEXO R.N. (H / M)		APGAR 1 MINUTO		APGAR 5

7 PARO CARDIO RESPIRATORIO

PRESENCIADO X PERSONAL SEM	PRESENCIADO X ESPECTADOR	NO PRESENCIADO	RCP X PERSONAL ENTRENADO	RCP X LEGO	SE UTILIZA DESFIBRILADOR	DURACION RCP ANTES LLEGADA	DURACION DEL PARO

8 LOCALIZACION DEL TRAUMA

SEÑALAR EL NUMERO DE LA LESION SOBRE LA ZONA AFECTADA Y DIBUJAR



1	HERIDA PENETRANTE	9	MORDEDURA
2	HERIDA NO PENETRANTE	10	CUERPO EXTRAÑO
3	ESGUINCE	11	QUEMADURA
4	LUXACION	12	APLASTAMIENTO
5	FRACTURA CERRADA	13	
6	FRACTURA EXPUESTA	14	
7	HEMATOMA	15	
8	AMPUTACION	16	

9 PROCEDIMIENTOS

VENTILACION MANUAL			
VENTILACION MECANICA			
OXIGENTERAPIA (VOLUMEN/MIN)			
FLUIDOTERAPIA (VOLUMEN)			
MEDICACION	PUNCION CRICOTIROIDEA		INTUBACION
INMOILIZACION PARCIAL	INMOVILIZACION TOTAL		DESCOMPRESION TORAX
SONDAJE VESICAL	SONDAJE NASOGASTRICO		EXTRACCION C. EXTRAÑO
SUTURA / CURACION	TAPONAMIENTO NASAL		HEMOSTASIA

10 ENTREGA DEL PACIENTE

VIVO | MUERTO

HORA LLEGADA		CARGO DE QUIEN ENTREGA		RESPONSABLE QUE ENTREGA	FIRMA	MANEJO AMBULATORIO
HORA ENTREGA		UNIDAD QUE RECIBE		RESPONSABLE QUE RECIBE	FIRMA	INTERNADO

SNS-MSP / HCU-anexo 2 / 2008

ATENCION PREHOSPITALARIA (1)

ANEXO 9 - FORMULARIO ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

1 MEDICAMENTOS

Nº	MEDICAMENTO	PRESENTACION	CONSUMO	Nº	MEDICAMENTO	PRESENTACION	CONSUMO
01				06			
02				07			
03				08			
04				09			
05				10			

2 INSUMOS MEDICOS

Nº	INSUMO	PRESENTACION	CONSUMO	Nº	INSUMO	PRESENTACION	CONSUMO	Nº	INSUMO	PRESENTACION	CONSUMO
01	APOSITOS			11	ESPARADRAPO			21	TUBO DE TORAX		
02	AGUJA TORACOCENTESIS			12	GUANTES DESECHABLES			22	TAPON NASAL		
03	BAJALENGUAS			13	GASAS			23	VENDAS		
04	BIGOTERA			14	JERINGUILLAS			24			
05	CANULA DE GUEDEL			15	MASCARILLA DE OXIGENO			25			
06	CLAMP UMBILICAL			16	TUBO ENDOTRAQUEAL			26			
07	COMBITUBE			17	SONDAVESICAL			27			
08	CATETER VENOSO			18	SONDA NASOGASTRICA			28			
09	EQUIPO DE VENOSCLISIS			19	SUTURAS			29			

3 CUSTODIA DE PERTENENCIAS (describir)

NOMBRE DE QUIEN ENTREGA		FIRMA		NOMBRE DEL QUIEN RECIBE		FIRMA	

4 DESCARGO DE RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

REHUSA TRATAMIENTO		REHUSA TRASLADO		NOMBRE		CEDULA		FIRMA	
HORA				CAUSA					

5 DESCARGO DE RESPONSABILIDAD DEL SERVICIO

REHUSA RECEPCION		SERVICIO		NOMBRE		CEDULA		FIRMA	
HORA				CAUSA					

6 OBSERVACIONES

SNS-MSP / HCU-anexo 2 / 2008

ATENCION PREHOSPITALARIA (2)

ANEXO 9 - FORMULARIO ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M-F)	EDAD	Nº HISTORIA CLÍNICA

MENOR DE 1AÑO	1 - 4 AÑOS	5 - 9 AÑOS PROGRAMADO	5-14 AÑOS NO PROGRAMADO	10-14 AÑOS PROGRAMADO	15 -19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS	EMBARAZADA

1 MOTIVO DE CONSULTA

ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

REGISTRAR SÍNTOMAS: CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIÓTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMO RRAGIAS	4. VIH/SIDA	5. TUBER CULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPER TENSIÓN	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO

4 SIGNOS VITALES

PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA min	TEMPERATURA °C	F. RESPIRAT. min.

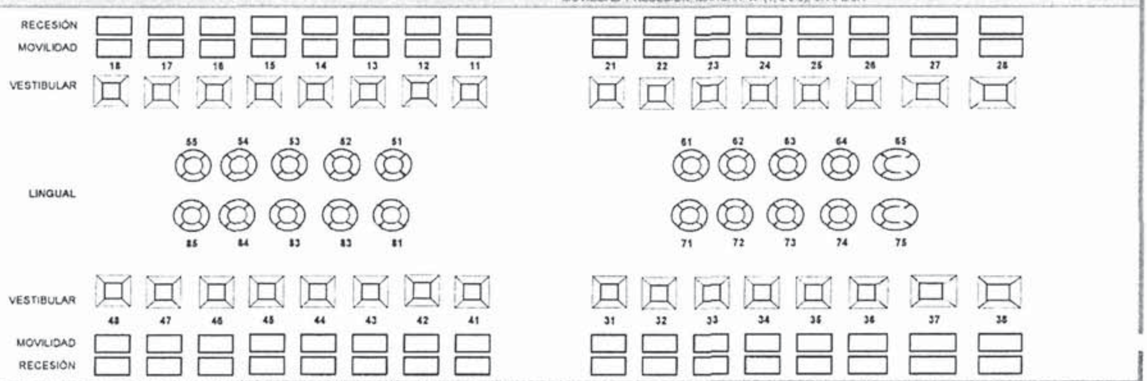
5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NÚMERO

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO	8. CARRILLOS
9. GLÁNDULAS SALIVALES	10. ORO FARINGE	11. A. T. M.	12. GANGLIOS				

6 ODONTOGRAMA

PINTAR CON: AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL
MOVILIDAD Y RECESIÓN: MARCAR "X" (1, 2 ó 3), SI APLICA



7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA						ENFERMEDAD PERIODONTAL		MAL OCLUSIÓN		FLUOROSIS	
PIEZAS DENTALES			PLACA 0-1-2-3	CÁLCULO 0-1-2-3	GINGIVITIS 0-1	LEVE		ANGLE I		LEVE	
16	17	55				MODERADA		ANGLE II		MODERADA	
11	21	51				SEVERA		ANGLE III		SEVERA	
26	27	65									
36	37	75									
31	41	71									
46	47	85									
TOTALES											

8 ÍNDICES CPO-ceo

	C	P	O	TOTAL
D				
	c	**e**	**o**	**TOTAL**
d				

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

* rojo	SELLANTE NECESARIO	⊗	PÉRDIDA (OTRA CAUSA)	═	PRÓTESIS TOTAL
* azul	SELLANTE REALIZADO	△	ENDODONCIA	▣	CORONA
X rojo	EXTRACCIÓN INDICADA	□-----□	PRÓTESIS FIJA	O azul	OBTURADO
X azul	PÉRDIDA POR CARIES	(-----)	PRÓTESIS REMOVIBLE	O rojo	CARIES

SNS-MSP / HCU-form.033/ 2008

ODONTOLOGÍA (1)

ANEXO 10 - FORMULARIO 033 - ODONTOLOGÍA

10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL

BIOMETRIA | QUÍMICA SANGUINEA | RAYOS - X | OTROS

ANEXO 10
FORMULARIO 033 - ODONTOLOGÍA

11 DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1				3			
2				4			

CÓDIGO

FECHA DE APERTURA	FECHA DE CONTROL	PROFESIONAL	FIRMA	NÚMERO DE HOJA

12 TRATAMIENTO

SESIÓN Y FECHA	DIAGNOSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CÓDIGO Y FIRMA
SESIÓN 1				CÓDIGO
FECHA				FIRMA
SESIÓN 2				CÓDIGO
FECHA				FIRMA
SESIÓN 3				CÓDIGO
FECHA				FIRMA
SESIÓN 4				CÓDIGO
FECHA				FIRMA
SESIÓN 5				CÓDIGO
FECHA				FIRMA
SESIÓN 6				CÓDIGO
FECHA				FIRMA
SESIÓN 7				CÓDIGO
FECHA				FIRMA
SESIÓN 8				CÓDIGO
FECHA				FIRMA
SESIÓN 9				CÓDIGO
FECHA				FIRMA

SNS-MSP / HCU-form.033 / 2008

ODONTOLOGÍA (2)

ANEXO 11
LISTA DE MUESTRAS MÚLTIPLES EFECTIVAMENTE PROCESADAS

LOGOTIPO Y MEMBRETE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

LISTADO DE PACIENTES DE LAS MUESTRAS MÚLTIPLES EFECTIVAMENTE PROCESADAS DE LAS CUALES SE EMITIÓ LOS RESULTADOS AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DERIVADORA.

Fecha de envío de los resultados: .....

Examen de apoyo diagnóstico realizado: .....

Código de Validación (únicamente RPC):.....

Ord.	Número de cédula usuario/paciente	APELLIDOS usuario/paciente	NOMBRES usuario/paciente
1			
2			
3			
...			
n			

Entregado por: (Datos del Prestador)

FIRMA Y SELLO

Nombre:
Nº CC :
Cargo:

Recibido por: (Unidad Derivadora)

FIRMA Y SELLO

Nombre:
Nº CC :
Cargo:

ANEXO 12
INFORME TRIMESTRAL DE SERVICIOS DE DIÁLISIS

LOGOTIPO Y MEMBRETE DEL PRESTADOR

INFORME TRIMESTRAL DEL SERVICIO DE DIALISIS

(Señalar período:)

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Apellidos y Nombres: _____ Nro. CI._____

Nro. Historia:_____ Dirección Domiciliaria_____Teléfono_____

INFORMACION CLINICA

Tiempo del paciente en diálisis (meses): _____

Número de sesiones en el período

No. de unidades de eritropoyetina administradas: _____ Nro. Hierro administrado: _____

Otros medicamentos administrados (especificar cantidad y motivo):_____

_____

__

EVOLUCIÓN CLINICA

_____

_____

_____

_____

INTERCONSULTAS ESPECIALISTAS

_____

_____

_____

_____

TRATAMIENTO

_____

_____

_____

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

Profesional Tratante: _____ Firma: _____

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD
DOCUMENTOS HABILITANTES PARA LA RECEPCIÓN DOCUMENTAL EN RELACION AL TRÁMITE
LISTA DE CHEQUEO - APLICA A TODOS LOS TIPOS DE SERVICIO

ANEXO 13 - LISTA DE CHEQUEOS
RECEPCIÓN DOCUMENTAL

	PROCEDIMIENTO:	CHEQUEO		
DOCUMENTO	Revisar:	SI	NO	OBSERVACIONES
	Debe estar emitido a nombre de la autoridad máxima financiador/asegurador responsable del pago.			
l oficio de solicitud de pago:	Un por cada mes y año de prestación y por cada tipo servicio, que identifique el mes y año y el servicio al que corresponde la planilla por ejemplo: mes febrero 2016, servicio internación/hospitalización.			
	Que el valor solicitado sea el correcto de acuerdo a la Planilla consolidada.			
	Que registre el número total de expedientes.			
	Que el oficio sea documento original con firma y sello del prestador.			
	Una por cada mes y año de prestación y por cada tipo servicio, que identifique el mes y año y el servicio al que corresponde la planilla por ejemplo: mes febrero 2016, servicio internación/hospitalización.			
nilla Consolidada:	Que el listado completo de los pacientes en orden alfabético y/o cronológico.			
	Que registre un valor solicitado por cada usuario/paciente y el valor total solicitado.			
	Que el documento sea original con firma y sello del prestador.			
lad: Consistencia entre y Planilla Consolidada:	Que el valor solicitado sea el mismo en los dos documentos.			
	Que el mes y año de prestación sea el mismo en dos documentos.			
	Que el tipo de servicio sea el mismo en los documentos.			
lad: Verificación de la ad de expedientes	Confirmar que los expedientes presentados físicamente estén en el mismo orden alfabético y/o cronológico en relación a la Planilla Consolidada, para lo cual verificará los nombres de los usuarios/pacientes uno a uno.			
o Digital	Confirmar que la documentación física del trámite sea la misma que la documentación presentada en archivo digital por el prestador.			

ADICIONAL EN LEVANTAMIENTO DE OBJECIONES / JUSTIFICACIÓN

DOCUMENTO	Revisar:	SI	NO	OBSERVACIONES
e de Liquidación a auditoría	Copia clara y legible; verificar el cumplimiento del plazo para este efecto según la norma.			

ADICIONAL PARA MUESTAS MÚLTIPLES

DOCUMENTO	Revisar:	SI	NO	OBSERVACIONES
de pacientes de as enviadas	Que el listado sea documento original con firma y sello de la institución derivadora.			
de pacientes de las as efectivamente adas.	Que el listado sea documento original con firma y sello del prestador y firma y sello del responsable de la recepción de los resultados (institución derivadora).			

PARA PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

DOCUMENTO	Revisar:	SI	NO	OBSERVACIONES
	Debe estar emitido a nombre de la autoridad máxima financiador/asegurador responsable del pago.			
l oficio de solicitud de pago:	Un por cada mes y año de prestación y por cada tipo servicio, que identifique el mes y año y el servicio al que corresponde la planilla por ejemplo: mes febrero 2016, servicio ambulatorio.			
	Que el valor solicitado sea el correcto de acuerdo a la Planilla consolidada.			
	Que registre el número total de atenciones.			
	Que el oficio sea documento original con firma y sello del prestador.			
	Una por cada mes y año de prestación y por cada tipo servicio, que identifique el mes y año y el servicio al que corresponde la planilla por ejemplo: mes febrero 2016, servicio ambulatorio.			
illa Consolidada con n el RDACAA	Que el listado completo de los pacientes en orden alfabético y/o cronológico.			
	Que registre un valor solicitado por cada usuario/paciente y el valor total solicitado.			
	Que el documento sea original con firma y sello del prestador.			
	Que el valor solicitado sea el mismo en los dos documentos.			
ad: Consistencia entre Planilla Consolidada:	Que el mes y año de prestación sea el mismo en dos documentos.			
	Que el tipo de servicio sea el mismo en los documentos.			
Digital	Confirmar que la documentación física del trámite sea la misma que la documentación presentada en archivo digital por el prestador.			

ubre 2016
por: GG/ WM/ AA/CG/SD

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD
DOCUMENTOS HABILITANTES PARA LA REVISIÓN DOCUMENTAL EN RELACIÓN A CADA EXPEDIENTE
LISTA DE CHEQUEO

ANEXO 13 - LISTA DE CHEQUEO
REVISIÓN DOCUMENTAL (1)

SERVICIO INTERNACIÓN / HOSPITALIZACIÓN				
	PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN:	CHEQUEO		
EN CADA EXPEDIENTE REVISAR:	Que toda la información presentada corresponda al mismo usuario/paciente, mes, año y tipo de servicio.			
DOCUMENTO	Que revisar:	SI	NO	OBSERVACIONES
En la Planilla individual deberá verificar que contenga:	Nombres completos del usuario/paciente que recibió la prestación.			
	Fecha de la atención esté en el rango del mes planillado.			
	Código CIE 10 para diagnósticos principal y/o secundario.			
	Número documento de identificación del usuario/paciente. Se exceptúan los beneficiarios No Identificados. (NN).			
	Prestaciones brindadas por día con su respectivo valor por cada prestación dada.			
	Valor total solicitado.			
	La planilla individual debe ser original con firma y sello del prestador; recordar que si además existe la firma del usuario/paciente o su representante o acompañante en la planilla, este documento se constituye en el acta entrega recepción.			
En el Código de Validación. Únicamente para la RPC	Que corresponda a la fecha de atención.			
	Que corresponda al servicio entregado.			
En el Acta Entrega Recepción	Debe ser original			
	Debe corresponder a la fecha del servicio recibido.			
	Debe indicar el servicio recibido.			
	Debe contener la firma del usuario/paciente o su representante o acompañante.			
	Debe contener la firma y sello del prestador.			
En el Certificado de Cobertura de Salud. Se exceptúan los pacientes no Identificados. (NN).	La existencia del certificado(s) de consulta en línea, para verificar el registro de cobertura de salud.(IESS – ISSFFA- ISSPOL).			
	Las fechas de consulta debe corresponder a la fecha de la prestación del servicio.			
En los Formularios médicos, que correspondan al usuario/paciente que recibió la prestación:	Copia del Formulario 053 - Referencia - Contrareferencia; con firma y sello de responsabilidad excepto en autoderivación regularizada.			Documento de responsabilidad del establecimiento derivador por lo que no cabe objeción sino observación
	Copia de la Formulario 006 - Epicrisis: con firma y sello de responsabilidad.			
	Copia del Formulario 008 - Emergencia: si el paciente fue atendido por emergencia, en el que conste firma y sello de responsabilidad.			Su inexistencia no es motivo de objeción, sino de observación.
	Copia del Anexo 2 - Atención Prehospitalaria; con firma de responsabilidad. Si el paciente fue transportado en Ambulancia.			Su inexistencia no es motivo de objeción sino de observación.
	Copia del Protocolo Operatorio, en casos de cirugías, con firma y sello de responsabilidad.			
	Copia del Protocolo Anestésico, en casos de cirugías, con firma y sello de responsabilidad.			
	Copia de la Bitacora Diaria, para Internación/Hospitalización en Terapia Intensiva.			

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD
DOCUMENTOS HABILITANTES PARA LA REVISIÓN DOCUMENTAL EN RELACIÓN A CADA EXPEDIENTE
LISTA DE CHEQUEO

SERVICIO DE EMERGENCIA				
	PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN:	CHEQUEO		
EN CADA EXPEDIENTE REVISAR:	Que toda la información presentada corresponda al mismo usuario/paciente, mes, año y tipo de servicio.			
DOCUMENTO	Revisar que:	SI	NO	OBSERVACIONES
En la Planilla individual deberá verificar que contenga:	Nombres completos del usuario/paciente que recibió la prestación.			
	Fecha de la atención esté en el rango del mes planillado.			
	Código CIE 10 para diagnósticos principal y/o secundario.			
	Número documento de identificación del usuario/paciente. Se exceptúan los beneficiarios No Identificados. (NN).			
	Prestaciones brindadas por día con su respectivo valor por cada prestación dada.			
	Valor total solicitado.			
	La planilla individual debe ser original con firma y sello del prestador; recordar que si además existe la firma del usuario/paciente o su representante o acompañante en la planilla, este documento se constituye en el acta entrega recepción.			
En el Código de Validación. Únicamente para la RPC	Que corresponda a la fecha de atención.			
	Que corresponda al servicio entregado.			
En el Certificado de Cobertura de Salud. Se exceptúan los pacientes no Identificados. (NN).	La existencia del certificado(s) de consulta en línea, para verificar el registro de cobertura de salud.(IESS – ISSFFA- ISSPOL).			
	Las fechas de consulta debe corresponder a la fecha de la prestación del servicio.			
En los Formularios médicos, que correspondan al paciente que recibió la prestación:	Copia del formulario 008 - Emergencia; en el que conste firma y sello de responsabilidad.			
	Copia del Anexo 2 - Atención Prehospitalaria; con firma de responsabilidad. Si el paciente fue transportado en Ambulancia			Su inexistencia no es motivo de objeción
	Copia del Formulario 053 - Referencia - Contrareferencia, con firma y sello de responsabilidad conforme al caso.			Documento de responsabilidad del establecimiento derivador por lo que no cabe objeción sino observación

ANEXO 13 - LISTA DE CHEQUEO
REVISIÓN DOCUMENTAL (2)

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD
DOCUMENTOS HABILITANTES PARA LA REVISIÓN DOCUMENTAL EN RELACIÓN A CADA EXPEDIENTE
LISTA DE CHEQUEO
SERVICIO AMBULATORIO

	PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN:	CHEQUEO		
EN CADA EXPEDIENTE REVISAR:	Que toda la información presentada corresponda al mismo usuario/paciente, mes, año y tipo de servicio.			
DOCUMENTO	Revisar que:	SI	NO	OBSERVACIONES
En la Planilla Individual deberá verificar que contenga:	Nombres completos del usuario/paciente que recibió la prestación.			
	Fecha de la atención esté en el rango del mes planillado.			
	Código CIE 10 para diagnósticos principal y/o secundario.			
	Número documento de identificación del usuario/paciente. Se exceptúan los beneficiarios No identificados. (NN).			
	Prestaciones brindadas por día con su respectivo valor por cada prestación dada.			
	Valor total solicitado.			
	La planilla individual debe ser original con firma y sello del prestador; recordar que si además existe la firma del usuario/paciente o su representante o acompañante en la planilla, este documento se constituye en el acta entrega recepción.			
En el Código de Validación, Únicamente para la RPC	Que corresponda a la fecha de atención.			
	Que corresponda al servicio entregado.			
En el Acta Entrega Recepción / solo en procedimientos ambulatorios de intervencionismo	Debe ser original			
	Debe corresponder a la fecha del servicio recibido.			
	Debe indicar el servicio recibido.			
	Debe contener la firma del usuario/paciente o su representante o acompañante.			
	Debe contener la firma y sello del prestador.			
En el Certificado de Cobertura de Salud. Se exceptúan los pacientes no identificados. (NN).	La existencia del certificado(s) de consulta en línea, para verificar el registro de cobertura de salud.(IESS – ISSFFA - ISSPOL).			
	Las fechas de consulta debe corresponder a la fecha de la prestación del servicio.			
En los Formularios médicos, que correspondan al usuario/paciente que recibió la prestación;	Copia del Formulario 053 - Referencia - Contrareferencia: en caso de intervencionismos con firma y sello de responsabilidad.			Documento de responsabilidad del establecimiento derivador por lo que no cabe objeción sino observación
	Copia del Formulario 007 - Interconsulta - Informe: para interconsulta, con firma y sello de responsabilidad.			
	Copia del Formulario 010 - Laboratorio Clínico: para Exámenes de Laboratorio con firma y sello de responsabilidad.			
	Copia del Formulario 012 - Imagenología - Informe: para Exámenes de Imagen, con firma y sello de responsabilidad.			
	Copia del Formulario 033 - Odontología: para prestación odontológica, con firma y sello de responsabilidad.			

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD
DOCUMENTOS HABILITANTES PARA LA REVISIÓN DOCUMENTAL EN RELACIÓN A CADA EXPEDIENTE
LISTA DE CHEQUEO
SERVICIO AMBULATORIO / MUESTRAS MÚLTIPLES

	PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN:	CHEQUEO		
DOCUMENTO	Revisar que:	SI	NO	OBSERVACIONES
En el Certificado de Cobertura de Salud. Se exceptúan los pacientes no identificados. (NN).	La existencia del certificado(s) de consulta en línea, para verificar el registro de cobertura de salud.(IESS – ISSFFA- ISSPOL).			
	Las fechas de consulta debe corresponder a la fecha de la prestación del servicio.			
En el listado de pacientes de las muestras múltiples enviadas.	Que registre la fecha de envío de las muestras.			
	Que registre el examen solicitado.			
	Que registre el Código de Validación. Únicamente para RPC			
	Que se encuentre en orden alfabético y/o cronológico.			
	Que sea original			
	Que contenga los datos de Realizado por / con firma y sello de responsabilidad.			
	Que contenga los datos de Autorizado por / con firma y sello de responsabilidad.			
En el listado de pacientes de las muestras múltiples efectivamente procesadas.	Que registre la fecha de envío de los resultados.			
	Que registre el examen efectivamente realizado.			
	Que registre el Código de Validación. Únicamente para RPC			
	Que se encuentre en orden alfabético y/o cronológico.			
	Que sea original			
	Que contenga los datos de Entregado por: con firma y sello de responsabilidad			
	Que contenga los datos de Recibido por: con firma y sello de responsabilidad			

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD
DOCUMENTOS HABILITANTES PARA LA REVISIÓN DOCUMENTAL EN RELACIÓN A CADA EXPEDIENTE
LISTA DE CHEQUEO
SERVICIO PREHOSPITALARIO

	PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN	LISTA DE CHEQUEO		
EN CADA EXPEDIENTE REVISAR:	Que toda la información presentada corresponda al mismo usuario/paciente, mes, año y tipo de servicio.			
DOCUMENTO	Revisar que:	SI	NO	OBSERVACIONES
	Nombres completos del usuario/paciente que recibió la prestación.			
	Fecha de la atención esté en el rango del mes planillado.			
	Código CIE 10 para diagnósticos principal y/o secundario.			

En la Planilla individual deberá verificar que contenga:	Número documento de identificación del usuario/paciente. Se exceptúan los beneficiarios No identificados. (NN).			ANEXO 13 - LISTA DE CHEQUEO REVISIÓN DOCUMENTAL (3)
	Prestaciones brindadas por día con su respectivo valor por cada prestación dada.			
	Valor total solicitado.			
	La planilla individual debe ser original con firma y sello del prestador; recordar que si además existe la firma del usuario/paciente o su representante o acompañante en la planilla, este documento se constituye en el acta entrega recepción.			
En el Código de Validación, Únicamente para la RPC	Que corresponda a la fecha de atención.			
	Que corresponda al servicio entregado.			
En el Certificado de Cobertura de Salud. Se exceptúan los pacientes no identificados. (NN).	La existencia del certificado(s) de consulta en línea, para verificar el registro de cobertura de salud.(IESS – ISSFFA- ISSPOL).			
	Las fechas de consulta debe corresponder a la fecha de la prestación del servicio.			
En la Hoja de Ruta	Registros claros y legibles con firma y sello de responsabilidad.			
En Documentos médicos	Copia del Anexo 2 - Atención Prehospitalaria: con firma de responsabilidad. Si el paciente fue transportado en Ambulancia.			

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD
DOCUMENTOS HABILITANTES PARA LA REVISIÓN DOCUMENTAL EN RELACIÓN A CADA EXPEDIENTE
LISTA DE CHEQUEO
SERVICIO DE DIÁLISIS

EN CADA EXPEDIENTE REVISAR:	Que toda la información presentada corresponda al mismo usuario/paciente, mes, año y tipo de servicio.			
DOCUMENTO	Que revisar:	SI	NO	OBSERVACIONES
En la Planilla individual deberá verificar que contenga:	Nombres completos del usuario/paciente que recibió la prestación.			
	Fecha de la atención esté en el rango del mes planillado.			
	Código CIE 10 para diagnósticos principal y/o secundario.			
	Número documento de identificación del usuario/paciente. Se exceptúan los beneficiarios No identificados. (NN).			
	Prestaciones brindadas por día con su respectivo valor por cada prestación dada.			
	Valor total solicitado.			
	La planilla individual debe ser original con firma y sello del prestador; recordar que si además existe la firma del usuario/paciente o su representante o acompañante en la planilla, este documento se constituye en el acta entrega recepción.			
En el Código de Validación, Únicamente para la RPC	Que corresponda a la fecha de atención.			
	Que corresponda al servicio entregado.			
En el Acta Entrega Recepción	Debe ser original			
	Debe corresponder a la fecha del servicio recibido.			
	Debe indicar el servicio recibido.			
	Debe contener la firma del usuario/paciente o su representante o acompañante.			
	Debe contener la firma y sello del prestador.			
En el Certificado de Cobertura de Salud. Se exceptúan los pacientes no identificados. (NN).	La existencia del certificado(s) de consulta en línea, para verificar el registro de cobertura de salud.(IESS – ISSFFA- ISSPOL).			
	Las fechas de consulta debe corresponder a la fecha de la prestación del servicio.			
En el Informe Médico Individual (trimestral)	*Original del informe médico individual (trimestral) con firma y sello de responsabilidad.*			
En el Registro de asistencia a las sesiones de Diálisis.	Que pertenezca al usuario/paciente.			
	Que sea original			
	Que corresponda al periodo auditado.			
	Que registre la firma, sumilla o huella del paciente o la firma , sumilla o huella del representante o acompañante; esto no se constituye en Acta Entrega Recepción.			

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD
DOCUMENTOS HABILITANTES PARA LA REVISIÓN DOCUMENTAL EN RELACIÓN A CADA EXPEDIENTE
LISTA DE CHEQUEO

ADICIONAL EN LEVANTAMIENTO / JUSTIFICACIÓN DE OBJECIONES

DOCUMENTO	Que revisar	SI	NO	OBSERVACION
En el Informe de Liquidación primera auditoría	Copia clara y legible que corresponda a la primera auditoría realizada			
	Documentos que sustenten la justificación de la objeción, de los expedientes objetados y que el prestador solicite su levantamiento.			

ADICONAL PARA VÍCTIMAS DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO

DOCUMENTO	Que revisar	SI	NO	OBSERVACION
En la Planilla de Cargos emitida al SOAT / SPPAT.	Copia clara - legible.			

PARA PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

DOCUMENTO	Revisar:	SI	NO	OBSERVACIONES
En la Planilla con valores, con base al RDACAA, verificar que contenga	Listado completo de los usuarios/pacientes en órden alfabético y/o cronológico.			
	Fecha de la atención esté en el rango del mes y año de prestación del servico planillado.			
	Código CIE 10 para diagnósticos principal y/o secundario.			
	Número documento de identificación del usuario/paciente. Se exceptúan los beneficiarios No identificados. (NN).			
	Prestaciones brindadas por día con su respectivo valor por cada prestación dada.			
	Valor total solicitado.			
	Debe ser original con firma y sello del prestador.			

Fecha: octubre 2016

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

ANEXO 13 - LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS HABILITANTES PARA EL PAGO (1)

RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD

LISTA DE CHEQUEO DE DOCUMENTOS A ENVIAR A ADMINISTRATIVO FINANCIERO PARA EL PAGO DE SERVICIOS DE SALUD

No.	DOCUMENTO	DEBE CONTENER	CHEQUEO
1	Memorando de Solicitud de P ago	Uno por cada mes y tipo de servicio	
		Nombre de la Institución P restadora a quien se dirige el pago.	
		Partida Presupuestaria a la que aplica el pago.	
		Mes y año de prestación del servicio.	
		Valor aprobado para el pago.	
		Número de factura enviada por el proveedor y adjunta al trámite	
		Cuadro consolidado que detalla los pacientes atendidos en el servicio y en el mes, con valores aprobados por cada uno.	
		Código de Validación al que refiere la atención por paciente / Únicamente RP C	
		Certificación del cumplimiento cabal de los procedimientos de Auditoria de C alidad de la Facturación de los Servicios de Salud.	
		Certificación de la no duplicación del pago.	
		Indicar que los respaldos documentales de la Auditoría de Facturación de Servicios de Salud, se encuentran en la Unidad responsable del proceso.	
		Firma y sello de responsabilidad.	

No.	DOCUMENTO	DEBE CONTENER	CHEQUEO
2	FACTURA (Original)	Todos los requisitos dispuestos por el SRI	
		RUC a nombre de la entidad que emite el pago	
		En el concepto detallar: por atenciones en el servicio (internación/hospitalización o consulta externa, emergencia, etc) brindadas a (detallar el número de pacientes) del mes y año (al que corresponden las atenciones), Número de Trámite al que corresponde. Para el Primer Nivel de Atención deberá adicionarse, atendido en (nombre del establecimiento de salud que brindó la prestación).	
		Firma y sello de responsabilidad del emisor (Institución P restadora) y de quien recibe conforme (Institución Financiadora/Aseguradora).	

No.	DOCUMENTO	DEBE CONTENER	CHEQUEO
3	OFICIO DE SOLICITUD DE PAGO (documento que encabeza el trámite de solicitud de pago de las prestaciones por mes y por tipo de servicio) .	Original enviado por el prestador del servicio de salud, recibido con el trámite.	
		Nombres completos y cargo de la máxima autoridad de la entidad prestadora del servicio o su delegado.	
		Firma y sello del prestador	

No.	DOCUMENTO	DEBE CONTENER	CHEQUEO
4	Planilla Consolidada	Listado completo de los pacientes en orden alfabético y/o cronológico. Para el Primer Nivel de atención en base al RDACAA	
		Que registre un valor solicitado por cada paciente y el valor total solicitado.	
		Documento original con firma y sello del prestador.	

No.	DOCUMENTO	DEBE CONTENER	CHEQUEO
5	Informe Consolidado de Liquidación Podrá ser un solo documento o a su vez un informe individual por cada fase del proceso: Control documental, Control Técnico Médico y Control Tarifas.	Original(es), Con la firma de responsabilidad de quienes realizaron cada subproceso de : Control Documental, Control Técnico Médico, Control Tarifas y del o la Responsable del Proceso de Auditoría de la Calidad de la Facturación de Servicios de Salud. Que incluya el nombre, cargo c/u.	
		Fecha del Informe de Liquidación	
		Mes y año del Servicio	
		Número de trámite	
		Nombre del Prestador	
		Tipo de Servicio	
		Nombre del Responsable de la Revisión Documental / Control Documental	
		Nombre del Responsable de la Revisión Médica / Control Técnico Médico	
		Nombre del Responsable de la Liquidación / Control de Tarifas	
		Cuadro detalle : Número de Código de Validación únicamente RPC , número de documento de identidad, Nombre del usuario/paciente en órden alfabético y/o cronológico y por cada usuario/paciente el valor solicitado, valor objetado y valor aprobado.	

No.	DOCUMENTO	DEBE CONTENER	CHEQUEO
6	Acta Entrega Recepción (para los servicios de Internación/Hospitalización, Diálisis y Ambulatorio con Intervencionismo) / Para muestras múltiples el listado de las pruebas en muestras múltiples efectivamente realizadas. / Planilla de Cargos individual con las firmas entrega recepción del servico	Original con la firma y sello del prestador y firma del usuario/paciente o su representante o acompañante.	
		Nombres y número de Cédula de quienes subscribien.	

No.	DOCUMENTO	DEBE CONTENER	CHEQUEO
8	Código de validación emitido para la prestación del servicio, únicamente RPC. No aplica para el Primer Nivel de Atención	Para cada paciente	

Fecha: octubre 2016
Elaborado por: GG/ WM/ AA/CG/SD

ANEXO 13 - LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS HABILITANTES PARA EL PAGO (2)

ANEXO 14
ACTA ENTREGA RECEPCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

LOGOTIPO Y MEMBRETE DEL PRESTADOR

PRESTADOR	
PERSONA DE CONTACTO	
TELEFONO	E-MAIL
MES Y AÑO DE PRESTACION	CODIGO CIE 10
NUMERO DE CODIGO DE VALIDACION /RPC	
NUMERO DE HISTORIA CLINICA	
SERVICIO ENTREGADO	

No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Apellidos y Nombres)

ACUSE ENTREGA DEL SERVICIO

OBSERVACIONES:

(Si tuviera alguna observación llene este campo, caso contrario deje en blanco)

- Como prestador de la RPIS, conozco el cumplimiento obligatorio del TPSNS y sus procedimientos que están regulados en la Normativa Legal vigente.
- Además tengo conocimiento el acápite que refiere a la Coordinación de pagos y tarifas que indica textualmente:

"En caso de procedimientos observados que no fueran justificados y produzcan débitos definitivos, la unidad de salud no podrá requerir por ningún motivo el pago al paciente o familiares de los valores objetados". Por lo que me comprometo entregar la documentación según la norma.

_____ (firma y sello)
Nombre del Responsable de la Firma del Acta (Prestador)
Número de Documento de Identidad

ACUSE RECEPCION DEL SERVICIO

Ciudad....., a los..... días del mes de .....del año 20 .....

_____
Firma del Usurario/Paciente.

Observaciones: Yo.....en mi calidad de ..... y/o representante o acompañante, del paciente.....certifico que el mencionado usuario/paciente recibió el servicio registrado en la presente acta.

_____
FIRMA DEL REPRESENTANTE /ACOMPAÑANTE
(Utilizar este campo solo cuando el paciente no pueda registrar su firma.

CERTIFICACION DE FIRMAS:

EN MI CALIDAD DE PRESTADOR DE SERVICIOS, CERTIFICO QUE LAS FIRMAS CONSTANTES EN EL PRESENTE DOCUMENTO, CORRESPONDEN A LA FIRMA DEL PACIENTE O SU REPRESENTANTE DE SER EL CASO, MISMA QUE FUE RECEPTADA EN ESTA INSTITUCIÓN, POR LO TANTO ME RESPONSABILIZO POR EL CONTENIDO DE DICHO CERTIFICADO, ASUMIENDO TODA LA RESPONSABILIDAD TANTO ADMINISTRATIVA, CIVIL O PENAL POR LA VERACIDAD DE LA INFORMACION ENTREGADA.

_____(firma y sello)
Nombre del Responsable de la Firma del Acta (Prestador)
Número de Documento de Identidad

ANEXO 15
ACTA ENTREGA RECEPCIÓN SERVICIOS DE DIÁLISIS

LOGOTIPO Y MEMBRETE DEL PRESTADOR

PRESTADOR	
PERSONA DE CONTACTO	
TELEFONO	E-MAIL
MES Y AÑO DE PRESTACION	CODIGO CIE 10
NUMERO DE CODIGO DE VALIDACION	
NUMERO DE HISTORIA CLINICA	
SERVICIO ENTREGADO	

N° CEDULA DE IDENTIDAD	NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDOS Y NOMBRES)	CODIGO TSNS	N° DE SESIONES (HEMODIALISIS)/N° PAQUETES (DIALISIS)	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
				TOTAL	

OBSERVACIONES:

.....

ACUSE ENTREGA DEL SERVICIO

- Como prestador de la RPIS, conozco el cumplimiento obligatorio del TSNS y sus procedimientos que están regulados en la Normativa Legal vigente.
- Además tengo conocimiento el acápite que refiere a la Coordinación de pagos y tarifas que indica textualmente:

"En caso de procedimientos observados que no fueran justificados y produzcan débitos definitivos, la unidad de salud no podrá requerir por ningún motivo el pago al paciente o familiares de los valores objetados". Por lo que me comprometo entregar la documentación según la norma.

_____(firma y sello)
Nombre del Responsable de la Firma del Acta (Prestador)
Número de Documento de Identidad

ACUSE RECEPCION DEL SERVICIO

Ciudad....., a los..... días del mes de .....del año .....

_____
Nombre del beneficiario
Número de Documento de Identidad
Observaciones: Yo.....en mi calidad de .....y/o representante o acompañante, del paciente.....certifico que el mencionado paciente recibió el servicio de .....

_____
FIRMA DEL REPRESENTANTE /ACOMPAÑANTE

EN MI CALIDAD DE PRESTADOR DE SERVICIOS, CERTIFICO QUE LAS FIRMAS CONSTANTES EN EL PRESENTE DOCUMENTO, CORRESPONDEN A LA FIRMA DEL PACIENTE O SU REPRESENTANTE DE SER EL CASO, MISMA QUE FUE RECEPTADA EN ESTE CENTRO DE ATENCION, POR LO TANTO ME RESPONSABILIZO POR EL CONTENIDO DE DICHO CERTIFICADO, ASUMIENDO TODA LA RESPONSABILIDAD TANTO ADMINISTRATIVA, CIVIL O PENAL POR LA VERACIDAD DE LA INFORMACION ENTREGADA.

_____(firma y sello)
Nombre del Responsable de la Firma del Acta (Prestador)
Número de Documento de Identidad

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA
			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	

1 REGISTRO DE ADMISIÓN

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	Nº CÉDULA DE CIUDADANÍA

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y Nº - MANZANA Y CASA)	BARRIO	PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	ZONA (U/R)	Nº TELÉFONO

FECHA NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD (PAÍS)	GRUPO CULTURAL	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS	SEXO M	SEXO F	ESTADO CIVIL SOL	CAS	DIV	VIU	U-L	INSTRUCCIÓN ULTIMO AÑO APROBADO

FECHA DE ADMISIÓN	OCUPACIÓN	EMPRESA DONDE TRABAJA	TIPO DE SEGURO DE SALUD	REFERIDO DE:

EN CASO NECESARIO AVISAR A:	PARENTESCO - AFINIDAD	DIRECCIÓN	Nº TELÉFONO

FORMA DE LLEGADA	FUENTE DE INFORMACIÓN	INSTITUCIÓN O PERSONA QUE ENTREGA AL PACIENTE	Nº TELÉFONO
AMBULATORIO / AMBULANCIA / OTRO TRANSPORTE			

2 INICIO DE ATENCIÓN Y MOTIVO

HORA	TRAUMA	CAUSA CLÍNICA	CAUSA G. OBSTÉTRICA	CAUSA QUIRÚRGICA	GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR Rh
NOTIFICACION A LA POLICIA	OTRO MOTIVO				

3 ACCIDENTE, VIOLENCIA, INTOXICACIÓN, ENVENENAMIENTO O QUEMADURA

FECHA Y HORA DEL EVENTO	LUGAR DEL EVENTO	DIRECCIÓN DEL EVENTO	CUSTODIA POLICIAL

ACCIDENTE DE TRANSITO	CAÍDA	QUEMADURA	MORDEDURA	AHOGAMIENTO	CUERPO EXTRAÑO	APLASTAMIENTO	OTRO ACCIDENTE
VIOLENCIA X ARMA DE FUEGO	VIOLENCIA X ARMA C	VIOLENCIA X RIÑA	VIOLENCIA FAMILIAR	ABUSO FÍSICO	ABUSO PSICOLÓGICO	ABUSO SEXUAL	OTRA VIOLENCIA
INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA	INTOXICACIÓN ALIMENTARIA	INTOXICACIÓN X DROGAS	INHALACIÓN DE GASES	OTRA INTOXICACIÓN	ENVENENAMIENTO	PICADURA	ANAFILAXIA

OBSERVACIONES

ALIENTO ETÍLICO	VALOR ALCOCHECK

4 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

DESCRIBIR ABAJO, REGISTRANDO EL NÚMERO RESPECTIVO

1. ALÉRGICO	2. CLÍNICO	3. GINECOLÓGICO	4. TRAUMATÓG	5. QUIRÚRGICO	6. FARMACOLÓG	7. PSIQUIATRICO	8. OTRO

5 ENFERMEDAD ACTUAL Y REVISIÓN DE SISTEMAS

DESCRIBIR: CRONOLOGÍA - LOCALIZACIÓN - CARACTERÍSTICAS - INTENSIDAD - FRECUENCIA - FACTORES AGRAVANTES

VÍA AÉREA LIBRE		VÍA AÉREA OBSTRUIDA		CONDICIÓN ESTABLE		CONDICIÓN INESTABLE	

SNS-MSP / HCU-form.008 / 2008

EMERGENCIA (1)

ANEXO 16
FORMULARIO 008 - EMERGENCIA

6 SIGNOS VITALES, MEDICIONES Y VALORES

PRESIÓN ARTERIAL	/	F. CARDIACA min		F. RESPIRAT. min		TEMP. BUCAL °C		TEMP. AXILAR °C		PESO Kg		TALLA m	
GLASGOW	OCULAR (4)		VERBAL (5)		MOTORA (6)		TOTAL (15)		REACCIÓN PUPILA DER		REACCIÓN PUPILA IZQ		T. LLENADO CAPILAR		SATURA. OXIGENO	

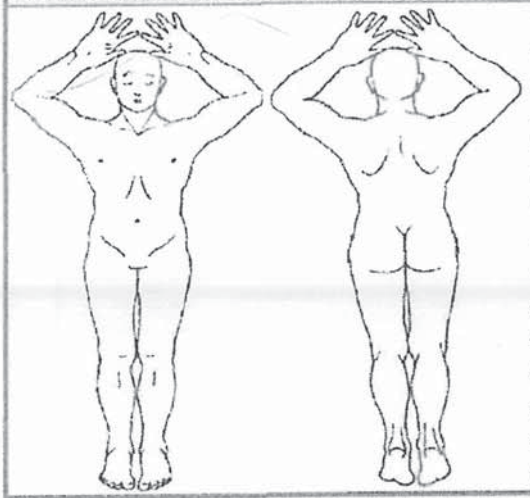
7 EXAMEN FISICO Y DIAGNOSTICO

MARCAR "SP" SI SE ENCUENTRA SIN PATOLOGIA, MARCAR "CP" SI SE ENCUENTRA CON PATOLOGIA REGISTRAR ABAJO EL NÚMERO Y LOS HALLAZGOS PATOLOGICOS

1. VIA AEREA OBSTRUIDA		3. CABEZA		3. CUELLO		4. TORAX		5. ABDOMEN		6. COLUMNA		7. PELVIS		8. EXTREMIDADE	

8 LOCALIZACION DE LESIONES

ESCRIBIR EL NUMERO DE LA LESION SOBRE LA REGION CORRESPONDIENTE



1	HERIDA PENETRANTE	
2	HERIDA CORTANTE	
3	FRACTURA EXPUESTA	
4	FRACTURA CERRADA	
5	CUERPO EXTRAÑO	
6	HEMORRAGIA	
7	MORDEDURA	
8	PICADURA	
9	EXCORIACIÓN	
10	DEFORMIDAD O MASA	
11	HEMATOMA	
12	ERITEMA / INFLAMACION	
13	LUXACION / ESGUINCE	
14	QUEMADURA	
15		

9 EMERGENCIA OBSTÉTRICA

GESTAS		PARTOS		ABORTOS		CESÁREAS	
FECHA ULTIMA MENSTRUACIÓN				SEMANAS GESTACIÓN		MOVIMIENTO FETAL	
FRECUENCIA C. FETAL		MEMBRANAS ROTAS		TIEMPO			
ALTURA UTERINA		PRESENTACIÓN					
DILATACIÓN		BORRAMIENTO		PLANO			
PELVIS ÚTIL		SANGRADO VAGINAL		CONTRACCIONES			

10 SOLICITUD DE EXÁMENES

REGISTRAR ABAJO COMENTARIOS Y RESULTADOS, ANOTANDO EL NUMERO

1. BIOMETRÍA		3. QUÍMICA SANGUÍNEA		5. GASOMETRÍA		7. ENDOSCOPIA		9. R-X ABDOMEN		11. TOMOGRAFÍA		13. ECOGRAFIA PÉLVICA		15. INTERCONSULTA	
2. UROANALISIS		4. ELECTROLITOS		6. ELECTRO CARDIOGRAMA		8. R-X TÓRAX		10. R-X ÓSEA		12. RESONANCIA		14. ECOGRAFÍA ABDOMEN		16. OTROS	

11 DIAGNÓSTICO DE INGRESO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF
1				
2				
3				

12 DIAGNÓSTICO DE ALTA

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF
1				
2				
3				

13 PLAN DE TRATAMIENTO

INDICACIONES		MEDICAMENTO PRINCIPIO ACTIVO, CONCENTRACIÓN Y PRESENTACIÓN	POSOLOGÍA
	1		
	2		
	3		
	4		

14 ALTA

DOMICILIO		CONSULTA EXTERNA		OBSERVACIÓN		INTERNACIÓN		REFERENCIA		EGRESA VIVO		EN CONDICIÓN ESTABLE		EN CONDICIÓN INESTABLE		DÍAS DE INCAPACIDAD	
SERVICIO DE REFERENCIA				ESTABLECIMIENTO						MUERTO EN EMERGENCIA		CAUSA					

CODIGO

FECHA		HORA		NOMBRE DEL PROFESIONAL			FIRMA		NUMERO DE HOJA	

SNS-MSP / HCU-form.008 / 2008

EMERGENCIA (2)

ANEXO 16 - FORMULARIO 008 - EMERGENCIA