CUARTO SUPLEMENTO

REGISTRO OFICIAL®
ÓRGANO DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

Ministerio de Salud Pública

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

ACUERDO N° 00140 - 2023

EXPÍDESE EL "REGLAMENTO DE RELACIONAMIENTO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ENTRE INSTITUCIONES DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD-RPIS, DE LA RED PRIVADA COMPLEMENTARIA – RPC Y EL SERVICIO PÚBLICO PARA PAGO DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO –SPPAT; Y, SU RECONOCIMIENTO ECONÓMICO"

Año II - Nº 312 - 116 páginas
Quito, miércoles 17 de mayo de 2023

No 00140-2023

EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

Que, la Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 3, numeral 1, atribuye como deber primordial del Estado, garantizar, sin discriminación alguna, el efectivo goce de los derechos establecidos en dicha Norma Suprema y en los instrumentos internacionales, en particular la salud, para sus habitantes;

Que, la invocada Constitución de la República, en el artículo 32, dispone: "*La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.*";

Que, la referida Norma Suprema, en el artículo 358, prevé como finalidad del Sistema Nacional de Salud, el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, reconociendo la diversidad social y cultural; sistema que se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional;

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, conforme lo previsto en el artículo 359 de la Norma Constitucional;

Que, la Constitución de la República, en el artículo 360, preceptúa 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;

Que, la Norma Ibidem, en el artículo 361, determina que el Estado ejercerá la rectoría del Sistema Nacional de Salud a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, responsable de formular la política nacional de salud, y de normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector;

Que, el artículo 362, de la Constitución de la República, prevé que la atención de salud como

servicio público, se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes;

Que, la referida Norma Constitucional, en el artículo 368, dispone que el sistema de seguridad social funciona en base a criterios de sostenibilidad, eficiencia, celeridad y transparencia, correspondiéndole al Estado normar, regular y controlar las actividades relacionadas con la seguridad social;

Que, la Carta Fundamental, en el artículo 369, determina que el seguro universal obligatorio cubrirá las contingencias de enfermedad, maternidad, paternidad, riesgos de trabajo, cesantía, desempleo, vejez, invalidez, discapacidad, muerte y aquellas que defina la ley y que las prestaciones de salud de las contingencias de enfermedad y maternidad se brindarán a través de la Red Pública Integral de Salud;

Que, la Norma Constitucional, en el artículo 370, establece: *"El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, entidad autónoma regulada por la ley, será responsable de la prestación de las contingencias del seguro universal obligatorio a sus afiliados. La Policía Nacional y las Fuerzas Armadas podrán contar con un régimen especial de seguridad social, de acuerdo con la ley; sus entidades de seguridad social formarán parte de la red pública integral de salud y del sistema de seguridad social (...)"*;

Que, la Ley Orgánica de Salud, en el artículo 2, dispone que todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud para la ejecución de las actividades relacionadas con la salud se sujetarán a las disposiciones de dicha Ley, sus reglamentos y las normas establecidas por la Autoridad Sanitaria Nacional;

Que, la referida Ley Orgánica de Salud, en el artículo 4, prescribe que la Autoridad Sanitaria Nacional, es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que le corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de dicha Ley, siendo obligatorias las normas que dicte para su plena vigencia;

Que, el artículo 18 de la Ley Orgánica que Regula a las Compañías que Financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que Oferten Coberturas de Seguros de Asistencia Médica, prescribe: *"Control y regulación a cargo de la Autoridad Sanitaria Nacional.- En materia sanitaria, la Autoridad Sanitaria Nacional, conforme con lo dispuesto en la Ley Orgánica de Salud, ejercerá la regulación y control de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, de las compañías de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, y la prestación de dichos servicios. (...).";*

Que, *"Las personas extranjeras que residan en el Ecuador tienen derecho a acceder a los sistemas de salud de conformidad con la ley y los instrumentos internacionales ratificados por el Estado ecuatoriano. Las instituciones públicas o privadas que prestan*

servicios de salud no podrán, en ningún caso, negarse a prestar atención de emergencia en razón de la nacionalidad o la condición migratoria de una persona. El Estado ecuatoriano promoverá políticas que protejan a las personas extranjeras en el Ecuador en caso de enfermedad, accidentes o muerte, siendo necesario para la persona residente contar con un seguro público o privado que consolide este beneficio.", conforme a lo dispuesto en el artículo 52 de la Ley Orgánica de Movilidad Humana;

Que, el Código Orgánico Administrativo, en el artículo 130, prevé: "*Las máximas autoridades administrativas tienen competencia normativa de carácter administrativo únicamente para regular los asuntos internos del órgano a su cargo, salvo los casos en los que la ley prevea competencia para la máxima autoridad legislativa de una administración pública. La competencia regulatoria de las actuaciones de las personas debe estar expresamente atribuida en la ley.*";

Que, el citado Código Orgánico Administrativo, en el artículo 207, dispone que, los reclamos, solicitudes o pedidos dirigidos a las administraciones públicas, deberán ser resueltos en el término de treinta días, vencido el cual, sin que se haya notificado la decisión que lo resuelva, se entenderá que es positiva;

Que, la Ley de Seguridad Social, en el artículo 17, determina como misión del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS, la de proteger a la población urbana y rural, con relación de dependencia laboral o sin ella, contra las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos del trabajo, discapacidad, cesantía, invalidez, vejez y muerte, en los términos previstos en dicha Ley;

Que, el artículo 102, de Ley de Seguridad Social, prevé: "*El Seguro General de Salud Individual y Familiar protegerá al asegurado contra las contingencias de enfermedad y maternidad, dentro de los requisitos y condiciones señalados en este Título. La prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales estará a cargo del Seguro General de Riesgos del Trabajo. El afiliado, su cónyuge o conviviente con derecho, y sus hijos menores hasta los dieciocho (18) años de edad, así como el jubilado, serán beneficiarios de acciones integrales de fomento y promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades no profesionales, recuperación y rehabilitación de la salud individual. Las beneficiarías del seguro de maternidad recibirán atención de embarazo, parto y puerperio. Se accederá a las prestaciones de salud de este Seguro en condiciones de libre elección del prestador de servicios de salud, público o privado, dentro de las limitaciones señaladas en este Título*";

Que, el artículo 116, de la Ley Ibidem, establece que, es derecho del asegurado la elección de prestadores de servicios de salud, de entre las unidades médicas del IESS y los demás establecimientos y profesionales acreditados y vinculados mediante convenio o contrato con la Administradora del Seguro General de Salud Individual y Familiar, prestación que será facturado exclusivamente a la administradora de este seguro, con sujeción a la ley y al tarifario aprobado por el IESS;

Que, la Ley de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, en el artículo 17, prescribe como prestaciones que el ISSFA concede a sus afiliados: a) Seguro de Retiro, Invalidez y

Muerte, que incluye mortuoria; b) Seguro de Cesantía; c) Seguro de Enfermedad y Maternidad;

Que, la Ley Ibidem, en el artículo 51, establece que el seguro de enfermedad y maternidad, es la prestación que protege al asegurado en servicio activo y pasivo, sus dependientes y derechohabientes, aspirantes a oficiales y tropa y conscriptos, mediante los siguientes servicios: "a) Medicina preventiva; b) Asistencia clínica y quirúrgica; c) Asistencia obstétrica; d) Asistencia odontológica; e) Rehabilitación, órtesis y prótesis; f) Auxiliares de diagnóstico y tratamiento; y, g) Asistencia farmacológica.";

Que, la Ley de Seguridad Social de la Policía Nacional, en el artículo 2, ordena: *"La seguridad social policial comprende las instituciones de previsión, ayuda y asistencia destinadas a: a) Garantizar al policía y su familia protección integral frente a los riesgos asistenciales y económicos; b) Atender las necesidades fundamentales para lograr el bienestar individual y un mejor nivel de vida para todos los miembros del colectivo policial; y, c) Brindar asistencia y protección a los más necesitados y no asalariados de la mutualidad de la Policía Nacional"*;

Que, el Código Civil, determina en el artículo 30: *"Se llama fuerza mayor o caso fortuito, el imprevisto a que no es posible resistir, como un naufragio, un terremoto, el apresamiento de enemigos, los actos de autoridad ejercidos por un funcionario público, etc."*;

Que, el invocado Código Civil prescribe: *"Art. 1486.- Las obligaciones son civiles o meramente naturales. Civiles, las que dan derecho para exigir su cumplimiento. Naturales, las que no confieren derecho para exigir su cumplimiento; pero que, cumplidas autorizan para retener lo que se ha dado o pagado en razón de ellas. Tales son: Las contraídas por personas que, teniendo suficiente juicio y discernimiento, son, sin embargo, incapaces de obligarse según las leyes, como los menores adultos; Las obligaciones civiles extinguidas por la prescripción; Las que proceden de actos a que faltan las solemnidades que la ley exige para que surtan efectos civiles; como la de pagar un legado impuesto por testamento que no se ha otorgado en la forma debida; y, las que no han sido reconocidas en juicio, por falta de prueba. Para que no pueda pedirse la restitución en virtud de estas cuatro clases de obligaciones, es necesario que el pago se haya hecho voluntariamente por el que tenía la libre administración de sus bienes."*;

Que, el Código Ibidem ordena: "Art. 2415.- Este tiempo es, en general, de cinco años para las acciones ejecutivas y de diez para las ordinarias. La acción ejecutiva se convierte en ordinaria por el lapso de cinco años; y convertida en ordinaria, durará solamente otros cinco.";

Que, mediante Sentencia No. 75-16-IN/21 y acumulado de 25 de agosto de 2021, la Corte Constitucional declaró la inconstitucionalidad por el fondo de la Disposición General Cuarta, Disposición General Quinta, de los numerales 1 y 3 del artículo 53 y la constitucionalidad condicionada del artículo 55 de la Ley Orgánica que Regula a las Compañías que Financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que Oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica, por transgredir los

preceptos constitucionales contenidos en los artículos 362, 366, 369 y 371 de la Constitución de la República;

Que, con Decreto Ejecutivo No. 805, publicado en el Registro Oficial No. 635 de 25 de noviembre de 2015, se creó el Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito, SPPAT, orientado a garantizar la protección de las personas que se trasladan de un lugar a otro a través de la red vial del Ecuador por parte del Sistema Público para Pago de Accidentes de Tránsito, mismo que está adscrito al Ministerio de Transporte y Obras Públicas;

Que, mediante Decreto Ejecutivo No. 485, expedido el 07 de julio de 2022, publicado en el Segundo Suplemento del Registro Oficial No. 111 de 22 de julio de 2022, el Presidente Constitucional de la República designó al señor doctor José Leonardo Ruales Estupiñan, Ministro de Salud Pública;

Que, la *"Norma del Subsistema de Referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud"*, expedida mediante Acuerdo Ministerial Nro. 00004431, publicado en el Registro Oficial Nro. 151 del 26 de diciembre de 2013, tiene como objetivo contribuir a garantizar la calidad, continuidad e integralidad de la atención en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, siendo de obligatorio cumplimiento en todos los establecimientos de dicho Sistema;

Que, mediante Acuerdo Ministerial No. 4928, publicado en la Edición Especial del Registro Oficial No. 235 de 24 de diciembre de 2014, el Ministerio de Salud Pública expidió el *"Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud"*, instrumento técnico que regula el reconocimiento económico de los servicios de salud brindados por las instituciones públicas, entre éstas y con las privadas, en el marco de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y la Red Complementaria del Sistema Nacional de Salud; los valores expresados en el referido documento, registran el techo máximo del valor para el reconocimiento económico entre prestadores y financiadores;

Que, con Acuerdo Ministerial No. 0000046, suscrito el 3 de junio de 2016, publicado en el Registro Oficial No. 787 de 30 de junio de 2016, el Ministerio de Salud Pública, expidió la *"Norma para aplicar métodos estadísticos en el Control Técnico Médico de pertinencia médica en las instituciones de la Red Integral de Salud, respecto de las prestaciones de salud otorgadas por los establecimientos de salud públicos y privados"*;

Que, con Acuerdo Ministerial No. 000000098, publicado en el Registro Oficial No. 880 de 12 de noviembre de 2016, el Ministerio de Salud Pública aprobó y expidió el Instructivo *"Aplicación de los lineamientos del proceso de planillaje y facturación de los servicios de salud,"*, de cumplimiento obligatorio en los establecimientos que conforman la Red Pública Integral de Salud;

Que, mediante Acuerdo Ministerial No. 0091-2017, publicado en la Edición Especial del Registro Oficial No. 20 de 28 de junio de 2017, el Ministerio de Salud Pública emitió la *"Norma Técnica Sustitutiva de Relacionamiento para la Prestación se Servicios de Salud entre Instituciones de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada*

Complementaria, y su Reconocimiento Económico", que tiene por 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, de aplicación obligatoria para todos los financiadores/aseguradores y prestadores de servicios de salud de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria, el Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito -SPPAT- y compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros que oferten cobertura y de seguros de asistencia médica en su relacionamiento con las instituciones de la Red Pública Integral de Salud y sus usuarios;

Que, con Acuerdo Ministerial No. 0217-2018, publicado en el Registro Oficial No. 279 de 9 de julio de 2018, el Ministerio de Salud Pública expidió la *"Norma para la Selección y Adquisición de Servicios de Salud de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y de la Red Privada Complementaria (RPC)"*; con el objetivo de regular el procedimiento que aplicará la Red Pública Integral de Salud (RPIS) para la selección, de prestadores de servicios de salud y la adquisición de estos servicios en la Red Pública Integral de Salud y en la Red Privada Complementaria (RPC);

Que, con Acuerdo Ministerial No. 00115 - 2021, publicado en el Registro Oficial No 378, de 26 de enero de 2021 se expidió el "*Reglamento para el Manejo de la Historia Clínica Única*", con el objeto de regular el contenido de la Historia Clínica Única (HCU) y los requisitos para su aplicación por parte de los profesionales de la salud, en los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud;

Que, con la finalidad de garantizar la homologación y el adecuado reconocimiento de las capacidades resolutivas de los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud, mediante Acuerdo Ministerial Nro. 00030-2020, publicado en el Registro Oficial Nro. 248 de 17 de julio de 2020, se expidió el *"Reglamento para Establecer la Tipología de los Establecimientos de Salud del Sistema Nacional de Salud"*, de cumplimiento obligatorio por todos los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud;

Que, el Convenio Marco Interinstitucional No. 17 suscrito el 10 de abril de 2015, con una vigencia de diez años, entre el Ministerio del Interior, Ministerio de Defensa, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional y el Ministerio de Salud Pública para Integrar la Red Pública Integral de Salud, en su Cláusula Cuarta, numeral 1, señala: *"El Ministerio de Salud Pública, Autoridad Sanitaria Nacional, es el ente Rector en materia de salud, por lo que los Acuerdos Ministeriales y Resoluciones que de éste emanen, serán aplicables, vinculantes, obligatorios y de inmediato cumplimiento para los MIEMBROS DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD, conforme establece la Constitución y la Ley."*;

Que, el informe técnico No. DNARPC-INF-2022-189 de 21 de diciembre de 2022, elaborado por la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud y aprobado por la Subsecretaria de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, concluye la pertinencia de la *"(...) reforma del Acuerdo Ministerial No. 0091-2017, publicado en la*

Edición Especial del Registro Oficial Nro.- 20 de fecha 28 de junio del 2017. La Norma Técnica sustitutiva de relacionamiento para la Prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria y su reconocimiento Económico, por el "REGLAMENTO DE RELACIONAMIENTO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ENTRE INSTITUCIONES DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD – RPIS, DE LA RED PRIVADA COMPLEMENTARIA – RPC Y EL SERVICIO PÚBLICO PARA PAGO DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO – SPPAT; Y, SU RECONOCIMIENTO ECONÓMICO";

Que, mediante memorando No. MSP-VGS-2022-1489-M de 29 de diciembre de 2022, el Viceministro de Gobernanza de la Salud, Subrogante, solicitó al Coordinador General de Asesoría Jurídica: *"(...) con el objetivo de dar continuidad al proceso de elaboración de documentos normativos, así como de emisión de Acuerdo Ministerial, y, toda vez que se ha cumplido con la etapa de revisión y validación correspondiente del documento normativo "Reglamento de Relacionamiento para Prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la RPIS, RPC y el SSPPAT; y, su Reconocimiento Económico", se remite en adjunto para el trámite correspondiente"*, así como también el informe técnico No. DNARPC-INF-2022-189 de 21 de diciembre de 2022;

Que, con memorando Nro. MSP-CGAJ-2023-0097-M, de 10 de febrero de 2023, la Coordinación General de Asesoría Jurídica, solicitó que la instancia técnica competente se pronuncie respecto de la pertinencia de los aportes realizados por SOLCA al proyecto de "Reglamento de Relacionamiento para Prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la RPIS, RPC y el SSPPAT; y, su Reconocimiento Económico";

Que, con memorando Nro. MSP-VAIS-2023-0472-M, de 11 de abril del 2023, la Viceministra de Atención Integral en Salud, envió observaciones de forma al proyecto de "Reglamento de Relacionamiento para Prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la RPIS, RPC y el SSPPAT; y, su Reconocimiento Económico", solicitando se agiliten los procesos normativos para su publicación;

Que, mediante memorando Nro. MSP-DAJ-2023-0382-M, de 13 de abril del 2023, la Dirección de Asesoría Jurídica, remitió a la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria, la versión final del proyecto de instrumento jurídico previamente señalado, en el cual se han insertado las observaciones de carácter jurídico; y solicitó se incluyan los aspectos de orden técnico analizados, así como también los aportes de forma, emitidos desde el Viceministerio de Atención Integral en Salud;

Que, con memorando Nro. MSP-VGS-2023-0508-M de 28 de abril de 2023, la Viceministra de Gobernanza del Sistema Nacional de Salud, remitió el documento final del "Reglamento de Relacionamiento para Prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la RPIS, RPC y el SSPPAT; y, su Reconocimiento Económico", a la Coordinación General de Asesoría Jurídica y solicitó se le otorgue el trámite respectivo para su expedición.

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES CONFERIDAS POR LOS ARTÍCULOS 154, NUMERAL 1 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y 130 DEL CÓDIGO ORGÁNICO ADMINISTRATIVO

ACUERDA:

EXPEDIR EL "REGLAMENTO DE RELACIONAMIENTO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ENTRE INSTITUCIONES DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD - RPIS, DE LA RED PRIVADA COMPLEMENTARIA – RPC Y EL SERVICIO PÚBLICO PARA PAGO DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO – SPPAT; Y, SU RECONOCIMIENTO ECONÓMICO".

CAPÍTULO I
DEL OBJETO Y ÁMBITO

Art. 1.- Objeto. - El objeto del presente Reglamento es regular los procedimientos técnico - administrativos del relacionamiento interinstitucional para la atención integral de salud de usuarios/pacientes y su reconocimiento económico por las derivaciones a establecimientos de la Red Privada Complementaria y entre los miembros de la Red Pública Integral de Salud; a fin de contribuir en la garantía del acceso universal, oportuno, gratuito y equitativo a las prestaciones de servicios de salud, en los establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud- RPIS y de la Red Privada Complementaria- RPC, y con el fortalecimiento de la Red de Salud, garantizando la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

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

El modelo de pago que se describe en el presente reglamento es de aplicación obligatoria en los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención.

Los establecimientos de salud del primer nivel de atención aplicarán el presente Reglamento, hasta que el Ministerio de Salud Pública emita normativas y directrices para el financiamiento de las prestaciones de servicios de salud otorgadas en este nivel de atención.

Las compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada y las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, estarán obligadas a cumplir este Reglamento, únicamente en lo referente a autoderivaciones por emergencia a establecimientos de la Red Privada Complementaria y en casos de accidentes de tránsito sean o no emergencias.

Para casos de derivación internacional, se utilizará la norma específica que la Autoridad Sanitaria Nacional emita para el efecto.

CAPÍTULO II
DE LAS DEFINICIONES

Art. 3.- Definiciones. - Para la aplicación del presente Reglamento, se considerarán las siguientes definiciones:

Alcance: son expedientes de trámites que se presentaron previamente y que se encuentran en

proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud - ACFSS; o, cuyo análisis ya fue concluido. No se considerará alcances a los expedientes que se presenten en distintos financiadores/aseguradores, cuando se trate de financiamiento/coberturas compartidas.

Atención integral: son las características de la atención de salud en una doble dimensión, por un lado, el reconocimiento de carácter multidimensional de la salud individual y colectiva, es decir el reconocimiento de que la salud es el producto de las condiciones económicas, sociales culturales, ambientales y biológicos y por otro lado la provisión de servicios integrados de promoción prevención de la enfermedad, recuperación de la salud, rehabilitación, cuidados paliativos incluso los cuidados domiciliarios.

Auditoría médica de caso: es el análisis crítico y sistemático a la calidad de la atención médica implica los procedimientos, diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de recursos y los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente. Auditoría que es realizada por personal médico competente; y, que a través de su informe técnico se determinarán los correctivos requeridos, conforme a los criterios normativos preestablecidos.

Auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud - ACFSS: es un proceso técnico que tiene por objeto, analizar la información documental adjunta en los trámites y expedientes, a través de la verificación sistemática de la pertinencia documental, técnica médica y de tarifas, remitida por los prestadores de los servicios de salud.

Autoderivación: es la asistencia o concurrencia directa de un usuario/paciente en busca de atención de salud a un servicio de emergencia de un establecimiento de salud público o privado sin un proceso previo de derivación. En estos casos las atenciones se considerarán derivaciones y deberán regularizarse por cada subsistema, para la gestión administrativa pertinente, siempre que se trate del listado de prioridades I y II del Sistema de Triage Manchester MTS® modificado.

Capacidad Resolutiva: es el nivel de respuesta que tiene un establecimiento de salud a la demanda de la atención o solución inmediata a cuadros complejos de salud de una persona o grupo de personas, con acciones integrales, y oportunas, haciendo uso de los recursos físicos, tecnológicos y humanos debidamente cualificados, quienes brindarán un diagnóstico y tratamiento oportuno. La capacidad resolutiva se expresa en la cartera de servicios del establecimiento.

Código de validación: es el registro alfanumérico emitido de forma física o electrónica por el equipo de gestión de pacientes del financiador/asegurador público, mediante el cual autoriza al establecimiento de la Red Privada Complementaria con o sin convenios con la RPIS, la entrega de la prestación integral de salud al usuario/paciente, lo que se constituye en un documento habilitante para la recuperación de los valores económicos invertidos en dicha prestación integral de salud.

Complicación médica: agravamiento de una enfermedad o de un procedimiento médico con una patología intercurrente, que aparece espontáneamente con una relación causal más o menos directa con el diagnóstico o el tratamiento aplicado. Fenómeno que sobreviene en el curso de

una enfermedad, distinto de las manifestaciones habituales de ésta y consecuencia de las lesiones provocadas por ella. Las complicaciones agravan generalmente el pronóstico.

Débito ACFSS: es el rechazo total y definitivo al pago de prestaciones que no pudieron ser justificadas, luego de la presentación del trámite y el levantamiento de objeciones.

Emergencia: es la alteración de la integralidad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requieren de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras.
Para efecto de este Reglamento se considera emergencia el Listado de Prioridades I y II del Sistema de Triage Manchester MTS® modificado.

Epicrisis: documento médico legal que registra el resumen de la atención de la Historia Clínica del paciente, en un formato oficial estandarizado donde se especifican diagnósticos, procedimientos realizados y conducta terapéutica a seguir, una vez que el usuario/paciente es dado de alta de un servicio de salud hospitalario. Para efecto de este Reglamento se considera el formulario 006 de la HCU.

Excedente: es el monto que se produce cuando el valor de una prestación de salud otorgada al usuario/paciente supera el monto de cobertura estipulado en el plan de atención integral de salud prepagada o en un plan de seguro de asistencia médica, en los casos que corresponda; o, al monto de cobertura establecida en el Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito (SPPAT) o quien haga sus veces.

Expediente: es el conjunto de documentos que son parte de la Historia Clínica, así como otros de carácter administrativos, que se generan como resultado de las prestaciones de servicios de salud brindadas a un usuario/paciente en una atención determinada, por un mismo evento, en un servicio ofertado por la casa de salud. Para efecto de este Reglamento los expedientes pueden ser en formato físico o digital.

Financiador/asegurador público: es el responsable de la cobertura en salud de sus beneficiarios quien tiene como obligación el financiamiento del servicio.

Ministerio de Salud Pública (MSP) - Financiador.
Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito (SPPAT) - Financiador
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) - Asegurador.
Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL) - Asegurador.
Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) - Asegurador.

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 control de tarifas.

Muestras múltiples: hace referencia a un mismo tipo de examen para análisis, lectura e interpretación de resultados de varios usuarios/pacientes (por ejemplo, pruebas de tamizaje metabólico neonatal, placas de citología, muestras de biopsia u otros).

Objeción: observación técnica de las prestaciones brindadas y que no hayan sido suficientemente justificadas durante la pertinencia médica y el control de tarifas, al momento de la presentación del trámite.

Profesional de la salud tratante: es el profesional de salud que ha obtenido su título de tercer nivel (médico/a, enfermero/a, odontólogo/a, obstetriz, psicólogo/a), así como también el profesional especialista de cuarto nivel, cuyo título se encuentre debidamente registrado en la SENESCYT o quién haga sus veces; el mismo que estará facultado para prescribir y ejercer su profesión en atención clínica o quirúrgica de usuarios/pacientes. Profesional responsable de la atención del paciente.

Prelación de pagos: es el orden de prioridad con la cual los financiadores/aseguradores públicos, corresponderán con la cancelación de las obligaciones por concepto de prestaciones de servicios de salud.

Prestador: es un establecimiento de salud que brinda la atención integral (tratamiento integral) de salud conforme a la derivación.

Red Privada Complementaria- RPC: es el conjunto de prestadores de servicios de salud privados, con o sin fines de lucro, con o sin convenios con la RPIS, que brindan servicios de atención en salud.

Registro de atenciones: es el documento físico o digital en el cual se detallan las atenciones brindadas a los usuarios/pacientes.

Subsistema: Se refiere a la estructura conformada por el ente financiador/asegurador y prestador de servicios de salud, existente en los miembros de la Red Publica Integral de Salud; para el caso del subsistema militar debido a su estructura orgánica el subsistema está conformado por el ISSFA y los establecimientos de salud de las Fuerzas Armadas; y, para el caso del subsistema policial debido a su estructura orgánica el subsistema está conformado por el ISSPOL y los establecimientos de salud de la Policía Nacional.

Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud TPSNS: El Tarifario es el instrumento técnico que regula el reconocimiento económico de los servicios de salud brindados por las instituciones públicas, entre éstas y con las privadas en el marco de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y la Red Complementaria del Sistema Nacional de Salud, los valores expresados en dicho documento, registran el techo máximo del valor para el reconocimiento económico entre prestadores y financiadores.
El Tarifario integra las unidades de valor relativo de los procedimientos, que permite establecer el monto de pago máximo por cada uno de los procedimientos utilizados para la atención de la salud.

Tratamiento integral: es el conjunto de prestaciones de servicios de salud y actividades de salud, necesarias y requeridas para realizar el diagnóstico, tratamiento, evaluación y seguimiento de un usuario/paciente que padezca una alteración en su estado de salud.
Incluye atenciones en emergencia, consulta externa, hospitalización, servicios profesionales, auxiliares de diagnóstico y tratamiento, servicios institucionales, provisión de medicamentos,

dispositivos médicos, incluso los de uso domiciliario.

Trámite: es el conjunto de expedientes en formato físico o digital, que corresponde a las prestaciones de salud brindadas en un mes calendario. Los trámites estarán organizados por tipo de servicio y mes de presentación.

Trámite devuelto: es el conjunto de expedientes verificados en la fase de ACFSS denominado recepción documental, que presentan inconsistencias documentales detalladas en el presente Reglamento y que a consecuencia de esto no ingresan al proceso de ACFSS, sino que son entregados al prestador para su corrección. La devolución no constituye una objeción.

Trámite rechazado: es el conjunto de expedientes verificados en revisión documental, que no cumplen con los requisitos del presente Reglamento; por tanto, no permite continuar con el proceso de la ACFSS. El rechazo no constituye una objeción.

Urgencia: enfermedad o problema de salud que podría convertirse en una emergencia si es que el cuidado médico dado por una condición que, sin tratamiento en su debido tiempo, se podría esperar que resulte en emergencia.

Usuario/paciente: es aquella persona que cuenta con una historia clínica en un establecimiento de salud del Sistema Nacional de Salud y cuya necesidad de atención de salud corresponde al nivel de atención y complejidad del establecimiento prestador de la RPIS, garantizando la continuidad y la oportunidad de atención en el nivel que corresponde; de necesitar atención de otro nivel de complejidad se aplicarán los procesos de referencia, contrareferencia, transferencia o derivación.

Usuario/paciente habitúe: es aquella persona que cuenta con una historia clínica en un establecimiento de salud de la RPIS y cuya necesidad de atención de salud corresponde al nivel de atención y complejidad del establecimiento prestador de la RPIS, garantizando la continuidad y la oportunidad de atención en el nivel que corresponde; de necesitar atención de otro nivel de complejidad se aplicarán los procesos de referencia, contrareferencia, transferencia o derivación.

CAPÍTULO III
DE LOS BENEFICIARIOS

Art. 4.- Beneficiarios. - Los beneficiarios de las prestaciones de servicios de salud son los usuarios/pacientes bajo la cobertura de los financiadores/aseguradores del Sistema Nacional de Salud (públicos o privados):

a) Usuarios/pacientes víctimas de accidentes de tránsito, cuyo financiamiento le corresponde al Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito-SPPAT o quien haga sus veces.
b) Usuarios/pacientes con cobertura del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social- IESS, conforme a su normativa.
c) Usuarios/pacientes con cobertura del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas-ISSFA, conforme a su normativa.

d) Usuarios/pacientes con cobertura del Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional-ISSPOL, conforme a su normativa.
e) Usuarios/pacientes con financiamiento del Ministerio de Salud Pública-MSP, de acuerdo al siguiente detalle:

1) Población que no cuente con afiliación registrada y/o derecho de cobertura en el Seguro General Obligatorio del IESS, Seguro Social Campesino, Seguridad Social de las Fuerzas Armadas o Seguridad Social de la Policía Nacional.
2) 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.
3) Personas que requieran cobertura para emergencias atendidas en la Red Privada Complementaria, con o sin convenios con la RPIS, que hayan superado el monto de cobertura determinado para estas atenciones en los contratos de salud prepagada o seguros de asistencia médica, que no sean accidentes de tránsito; y, que tampoco cuentan con afiliación a la Seguridad Social.
4) Personas que requieran financiamiento para cobertura de servicios de salud, por ser víctimas de accidentes de tránsito; y, que han sido atendidas en la Red Privada Complementaria con o sin convenios con la RPIS, que hayan superado el monto de cobertura del SPPAT, y que no cuenten con afiliación registrada y/o derecho de cobertura de Seguro General Obligatorio del IESS, Seguro Social Campesino, Seguridad Social de las Fuerzas Armadas o Seguridad Social de la Policía Nacional.
5) Aspirantes a oficiales, tropa y conscriptos de las Fuerzas Armadas y aspirantes a oficiales y tropa de la Policía Nacional.
6) 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, 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".
7) 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.
8) Hijas de afiliados a la Seguridad Social del IESS, del ISSFA o del ISSPOL, para la contingencia de maternidad.
9) Prestaciones de maternidad de afiliadas a los seguros o con cobertura de compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada y seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, en el tiempo de espera o en los períodos de carencia, o en caso de que, de acuerdo a las condiciones del plan contratado, no tengan esta cobertura.
10) Extranjeros en las condiciones que establece la Ley Orgánica de Movilidad Humana.

Art. 5.- De los financiadores/aseguradores. - Son los responsables de cubrir las prestaciones de servicios de salud:

a) Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito-SPPAT o quien haga sus veces, conforme a su normativa - Financiador
b) Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social-IESS, conforme a su normativa – Asegurador.
c) Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas-ISSFA, conforme a su normativa. –

Asegurador.

d) Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional-ISSPOL, conforme a su normativa – Asegurador
e) Ministerio de Salud Pública – MSP – Financiador.

CAPÍTULO IV
DE LA COBERTURA Y EXCEPCIONES

Art. 6.- Cobertura. - Incluye las prestaciones de servicios de salud, de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y morbilidad; en los servicios de: emergencia, ambulatorio, prehospitalaria, internación/hospitalización, hospital del día, diálisis, rehabilitación y cuidados paliativos, así como en atención domiciliaria.

Art. 7.- Excepciones. - La Red Pública Integral de Salud no financia las siguientes prestaciones de servicios de salud:

a) Cirugía plástica con fines exclusivamente cosméticos y estéticos.
b) Chequeos o rechequeos clínicos ejecutivos.
c) Tratamientos especializados de infertilidad.
d) Tratamientos de reducción de peso sin indicación médica justificada.
e) Tratamientos experimentales o sin evidencia científica suficiente que pruebe su efectividad y seguridad.
f) Tratamientos de ortodoncia con fines estéticos.
g) Habitación individual que no responda a lo dispuesto en la normativa vigente específica sobre el tema.
h) Gastos de acompañante no contemplados en el presente Reglamento.
i) Insumos de entretenimiento: revistas, películas, periódicos, servicio pagado de televisión y similares, servicios de comunicación: teléfono, correo, celular, internet y similares.
j) Las atenciones médicas pre ocupacional, ocupacional y post ocupacional.
k) En auto derivaciones a establecimientos de salud de la RPC sin convenio con la RPIS, en casos que no sean catalogadas como emergencias del Listado de Prioridades I y II del Sistema de Triage Manchester MTS® modificado.

CAPÍTULO V
DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y DERIVACIÓN

SECCIÓN 1
DE LA GRATUIDAD Y ATENCIÓN OPORTUNA

Art. 8.- Gratuidad. - Los prestadores de servicios de salud que reciban usuarios/pacientes por derivación de la Red Pública Integral de Salud, brindarán la atención necesaria, 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, disposición que también se aplicará en los casos en los que, los prestadores de la RPC sin convenio con la RPIS, reciban usuarios/pacientes en casos de

autoderivación por emergencia o por accidentes de tránsito.

En casos de derivación, 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, sangre o componentes sanguíneos para transfusión, órganos, tejidos o células para trasplante o el pago por algún servicio brindado.

Art. 9.- Atención oportuna. - En todos los casos, los prestadores de salud deben garantizar la atención oportuna y la disponibilidad de los mejores recursos para la atención integral de los usuarios/pacientes.

Se brindará atención preferente a las mujeres embarazadas que concurran por patologías o control prenatal, atención de parto o posparto, a fin de evitar y reducir la muerte materna. Igualmente, tendrán trato preferencial los grupos prioritarios señalados en el artículo 35 de la Constitución de la República del Ecuador.

Los neonatos, mujeres embarazadas con alto riesgo, pacientes en situación de emergencia del Listado de Prioridades I y II del Sistema de Triage Manchester MTS® modificado; y usuarios/pacientes con enfermedades catastróficas, raras o huérfanas ya diagnosticadas, podrán ser derivados directamente desde el Primer Nivel al Tercer Nivel de Atención, en procura de garantizar la atención oportuna y salvaguardar su vida.

Art. 10.- Remoción de obstáculos. - Los procedimientos administrativos no serán utilizados para dificultar, demorar, evitar o negar la atención o el alta 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 que lo recibe, requerirá al establecimiento de salud que deriva, complete los documentos pertinentes, según lo previsto en el presente Reglamento. Este requerimiento deberá cumplirse en un término máximo de tres (3) días laborables.

   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 servicios de salud indispensable para el adecuado manejo del usuario/paciente, la cual, no haya sido autorizada inicialmente por el subsistema que deriva, siempre que sea relacionada con la patología principal e indispensable para el restablecimiento de la salud del usuario/paciente, el establecimiento de salud receptor procederá a dar la atención integral necesaria para salvaguardar la vida e integridad del usuario/paciente, sea o no una situación de emergencia o urgencia. El procedimiento deberá estar registrado en la Historia Clínica/Epicrisis, con la justificación clínica que corresponda.

c) Los establecimientos de salud brindarán la atención al usuario/paciente por la patología

por la que fue derivado. Además, mientras se encuentre ingresado en el establecimiento de salud se brindará la atención complementaria por patologías preexistentes, concurrentes, agudas, crónicas, crónicas reagudizadas o que aparecieran mientras se encuentra en ese establecimiento de salud; cuyo registro constará en la Historia Clínica/Epicrisis.

d) Los establecimientos prestadores de servicios de salud públicos están obligados a mantener la atención integral a aquellos usuarios/pacientes habitúes que son sus titulares, beneficiarios o dependientes de la RPIS, y el financiador/asegurador público deberá reconocer el valor generado por la prestación de servicios de salud. No se requiere presentación de código de validación, ni de formulario 053.

e) No se negará la atención de salud en las autoderivaciones al servicio de emergencia, urgencia o al Primer Nivel de Atención en las instituciones de la Red Pública Integral de Salud, por causa de falta de documentos de identificación, o porque el usuario/paciente tenga cobertura de otro subsistema de la RPIS.

f) Las atenciones brindadas fuera del horario de consulta externa que se generan en el servicio de emergencia o urgencia de los establecimientos de salud de la RPIS, serán reconocidas dentro de las prestaciones de servicios de salud de emergencia, aun cuando no se trate del Listado de Prioridades I y II del Sistema de Triage Manchester MTS® modificado.

g) La falta de notificación por parte del prestador del servicio de salud y la falta de emisión del código de validación por parte de la institución financiadora/aseguradora, 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.

El incumplimiento de estas disposiciones será de conocimiento de la Comisión Interinstitucional de la RPIS, a fin de que aplique lo previsto en el artículo 124 del presente Reglamento.

SECCIÓN 2
DE LAS GENERALIDADES DEL PROCESO DE DERIVACIÓN

Art. 11.- Derivación. - es el procedimiento por el cual los establecimientos de salud envían a los usuarios/pacientes de cualquier nivel de atención a un prestador externo, sea público o privado, del mismo o mayor nivel de atención y/o complejidad.

El proceso de derivación se realiza cuando los establecimientos de salud no han podido solventar la prestación de salud en su propio establecimiento, o mediante la referencia dentro del subsistema. Se activa la derivación una vez agotado el proceso de referencia, buscando la complementariedad de los servicios previa la autorización correspondiente.

En estos procedimientos se utilizarán de manera obligatoria los respectivos formularios de la Historia Clínica Única vigente, aprobados por la Autoridad Sanitaria Nacional.

Art. 12.- Información. - Los usuarios/pacientes, sus familiares o acompañante, deberán recibir información suficiente sobre las razones de la derivación por parte del profesional de la salud

tratante a su cargo.

Art. 13.- Prelación de la Derivación. - Se debe considerar siempre los criterios de atención oportuna, geo-referenciación y agotar en primera instancia la derivación a los establecimientos públicos de la RPIS y posteriormente a la RPC.

Art. 14- Condiciones para la derivación. - La derivación de usuarios/pacientes se realizará aplicando lo dispuesto en el presente Reglamento, siempre que se cumpla al menos una de las siguientes condiciones:

a) Ausencia de la prestación en la cartera de servicios de salud.
b) Necesidad del mismo o mayor nivel de atención o complejidad (inexistente o no disponible en el subsistema).
c) Falta de espacio físico.

También podrán autorizarse derivaciones cuando ocurra alguna de las siguientes circunstancias:

1) Accesibilidad geográfica.
2) Falta de equipamiento.
3) Equipamiento en mal estado.
4) Problemas de infraestructura.
5) Problemas de abastecimiento.
6) Falta de personal específico.

En estos casos se deberá justificar motivadamente la decisión de derivar por parte del médico de guardia a cargo o el tratante responsable del usuario/paciente, aplicando los formularios de la Historia Clínica Única.

SECCIÓN 3
DEL PROCESO DE DERIVACIÓN Y CÓDIGO DE VALIDACIÓN

Parágrafo I
Del proceso de Derivación

Art. 15.- Decisión de derivar. - La derivación de un usuario/paciente es una decisión sanitaria, por tanto, es competencia del profesional de salud tratante responsable del usuario/paciente, solicitar la activación del procedimiento, en aplicación del artículo 14 de este Reglamento.

El profesional de la salud tratante llenará de forma íntegra los formularios y demás documentos que se utilicen para la derivación, con letra clara, legible, sin utilización de siglas o contracciones (excepto las aceptadas internacionalmente) y deberá suscribir los documentos con su firma y sello cuando el formato sea físico; o, en su defecto aplicará lo determinado en el artículo 72, en cuanto a la firma.

Art. 16.- Unidades de Gestión de Red - UGR. - El proceso de derivación se inicia en cada establecimiento de salud a través de las Unidades de Gestión de Red – UGR, áreas cuyas

competencias se encuentran definidas en los Lineamientos Operativos del Modelo de Atención Integral en Salud y Red Pública Integral de Salud.

El relacionamiento que se establece es con el financiador/asegurador responsable de la búsqueda del prestador.

Las UGR funcionarán las veinticuatro (24) horas, durante los siete (7) días de la semana, para lo cual las funciones de dicha unidad de cada establecimiento de salud, serán cumplidas por los médicos jefes de guardia o a su vez por quién o quiénes sean delegados por parte del establecimiento de salud para efecto del mismo.

Las UGR, al recibir los documentos habilitantes para la referencia del usuario/paciente, revisarán que la información esté completa. De agotarse el proceso de referencia, notificará al financiador/asegurador para la activación de la derivación, siendo responsabilidad del establecimiento de salud, realizar la búsqueda en la RPIS con dicha documentación; de no conseguir prestador en la RPIS, se recurrirá a la gestión de derivación para la RPC, siendo ésta de responsabilidad del financiador/asegurador público, como se establece en este Reglamento.

Art. 17.- Gestión de la derivación. – La derivación deberá, en lo posible, utilizar la oferta de servicios de las micro redes locales y zonales (RPIS y RPC); se derivará a los establecimientos entre las redes zonales con criterios de georreferenciación. Solo en los casos que no exista capacidad resolutiva en dichas redes, se derivarán a los establecimientos de las macro redes interzonales.

Art. 18.- Responsabilidad sobre la gestión de derivación. - La gestión del proceso de derivación de un usuario/paciente a la RPIS o a la RPC, es responsabilidad del subsistema de la RPIS al que corresponda el prestador en el que se encuentra recibiendo la atención integral el usuario/paciente, sin importar el subsistema al que corresponda su cobertura.

El proceso de prelación y orden de selección del prestador es responsabilidad del financiador/asegurador a través del Equipo de Gestión de Pacientes, conformado por profesionales de la salud, dicha gestión será debidamente registrada y documentada en el correspondiente formulario y/o sistema informático.

Los equipos de Gestión de Pacientes de la RPIS, realizarán las coordinaciones necesarias para garantizar el acceso y la atención oportuna a los usuarios/pacientes.

Art. 19.- Asignación de prestador para la atención del usuario/paciente. - Para la asignación de un usuario/paciente a un prestador de servicios de salud de la RPIS o RPC, el Equipo de Gestión de Pacientes, de cada subsistema de la RPIS, debe considerar el nivel de atención y complejidad del establecimiento de salud prestador, la cartera de servicios y la disponibilidad, aplicando lo dispuesto en la *"Norma para la Selección y Adquisición de Servicios de Salud de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y de la Red Privada Complementaria (RPC)"*, expedida mediante Acuerdo Ministerial No. 0217-2018 y publicada en el Registro Oficial No. 279 de 9 de julio de 2018.

Art. 20.- De los Equipos de Gestión de Pacientes de los financiadores/aseguradores públicos. - Los Equipos de Gestión de Pacientes serán liderados por profesionales médicos, quienes serán

los responsables de buscar y seleccionar al prestador de la RPIS o de la RPC que otorgará la atención al usuario/paciente, de acuerdo con los artículos 17 y 19 del presente Reglamento, aplicando criterios de oportunidad y accesibilidad geográfica, conforme a lo previsto en la *"Norma del Subsistema de Referencia, Derivación, Contrareferencia, Referencia Inversa y Transferencia del Sistema Nacional de Salud"*, expedida mediante Acuerdo Ministerial No. 00004431 publicado en el Suplemento del Registro Oficial No. 151 de 26 de diciembre de 2013 o la norma que lo sustituya; y, previa revisión de la documentación habilitante.

Los Equipos de Gestión de Pacientes, priorizarán la necesidad de servicios de salud de los usuarios/pacientes como criterio principal para la derivación; y, si ésta se realiza a la RPC, emitirán el respectivo código de validación. En estos casos deberán respaldar la prelación del proceso, registrándolo conforme lo disponga la Autoridad Sanitaria Nacional.

Art. 21.- Declaración de conflicto de intereses Equipos Gestión de Pacientes de los financiadores/aseguradores. - Los funcionarios que participen en el proceso de gestión de pacientes, deben firmar de forma obligatoria, un compromiso de confidencialidad del uso de la información y la declaración de ausencia de conflicto de interés en su actividad laboral; y, tendrán prohibido utilizar dicha información para favorecer de cualquier forma a los prestadores de la RPC.

Art. 22.- Responsabilidad administrativa. - Los funcionarios y servidores que participen en el equipo de gestión de pacientes no deberán mantener vínculo laboral alguno con aquellos prestadores listados en el registro de prestadores de servicios de salud para la RPIS; ni intervendrán en el proceso de ACFSS.

El incumplimiento de las obligaciones que constan en el presente artículo se sancionará, según lo dispuesto en la Ley Orgánica del Servicio Público, y otras normas aplicables.

Art. 23.- Notificación de la derivación por emergencia – autoderivaciones. - En los casos de derivaciones por emergencia - autoderivaciones, los establecimientos de salud de la RPC con o sin convenios con la RPIS, que recibieron al usuario/paciente, verificarán obligatoriamente en la página web de consulta de coberturas de salud, si éste es beneficiario de seguro público y/o privado, dentro del primer día laborable, posterior a su recepción.

Cuando se trate de emergencia de la lista de prioridad I y II del Sistema de Triage Manchester MTS® modificado, el establecimiento de salud de la RPC con o sin convenio con la RPIS, en el término de hasta tres (3) días laborables, siguientes al ingreso del usuario/paciente, notificará de manera obligatoria a la entidad financiadora/aseguradora pública, responsable del usuario/paciente, de tal forma que pueda cumplirse el proceso de validación de la cobertura y prelación de pagos.

Independientemente de que el establecimiento de salud haya o no cumplido con esta obligación, el familiar o acompañante del usuario/paciente, podrá dar aviso de manera directa a la entidad financiadora/aseguradora pública, de tal forma que pueda cumplirse el proceso de validación de cobertura y prelación de pago. Esto se llevará a cabo dentro del término de tres (3) días laborables, posteriores al ingreso del usuario/paciente, al establecimiento de salud de la RPC.

La institución financiadora/aseguradora pública, dentro de los tres (3) días laborables posteriores a la notificación, remitirá únicamente a los establecimientos de salud de la RPC, con o sin convenios con la RPIS, el código de validación en físico o vía electrónica, siempre y cuando se trate de emergencia de la lista de prioridad I y II del Sistema de Triage Manchester MTS® modificado, garantizando la aceptación de pago por las prestaciones de salud brindadas al usuario/paciente.

La falta de notificación por parte del prestador del servicio de salud y la falta de emisión o demora de la autorización por parte de la institución financiadora/aseguradora pública, no será un factor que retrase o impida el inicio de tratamientos o procedimientos médicos requeridos por el usuario/paciente; en estos casos se aplicarán las sanciones legales correspondientes a las o los responsables de esta omisión o demora.

Parágrafo II
Del Código de Validación

Art. 24.- Código de validación. - Una vez que se haya autorizado la derivación, el financiador/asegurador público emitirá el código de validación, de manera obligatoria y en el tiempo definido en el artículo 23 del presente Reglamento.

El código de validación que emita un miembro de la RPIS, es válido para la derivación de un usuario/paciente a la RPC, aunque el usuario/paciente tenga cobertura de un subsistema distinto al que emite el código.

Será obligación del financiador/asegurador público aceptar el código de validación emitido por el subsistema que lo haya generado.

Para la emisión del código de validación, se considerará la fecha de inicio de la atención conforme al registro realizado en los formularios vigentes a la fecha, que son parte del expediente de la Historia Clínica Única, con la finalidad de evitar que el usuario/paciente realice gastos de bolsillo.

El código de validación entregado por el financiador/asegurador público, respalda la prestación del servicio de salud y su reconocimiento económico.

Se emitirán códigos de validación únicamente a los prestadores de servicios de salud que cuenten con el respectivo convenio suscrito con la RPIS y permiso de funcionamiento vigente, además, se emitirán códigos de validación para prestadores de la RPC sin convenio, cuando hayan atendido pacientes en casos de emergencia lista de prioridad I y II del Sistema de Triage Manchester MTS® modificado, y por alta complejidad aplicando lo dispuesto en la *"Norma para la Selección y Adquisición de Servicios de Salud de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y de la Red Privada Complementaria (RPC)"* expedida mediante Acuerdo Ministerial No. 0217-2018, publicado en el Registro Oficial No. 279 de 09 de julio de 2018.

La emisión del código de validación para el servicio de emergencia, que deriven en la necesidad de otros servicios como hospitalización, será válido desde el ingreso hasta el alta del

usuario/paciente, sin necesidad de la emisión de uno nuevo.

Para los casos de usuario/paciente que hayan sido víctimas de accidente de tránsito y cuya cobertura está a cargo del SPPAT, si producto de la atención existe un excedente por cubrir, el financiador/asegurador, emitirá el correspondiente código de validación, siempre que los tiempos de la notificación se cumplan de acuerdo a lo definido en el artículo 23 del presente Reglamento.

Si desde un servicio de consulta externa se determina la necesidad de hospitalización del usuario/paciente, se deberá comunicar al financiador/asegurador para que realice la prelación correspondiente, ya sea a prestadores públicos o privados.

Art. 25.- Vigencia de los códigos de validación. - Los códigos de validación tendrán la siguiente vigencia:

a) Atención en internación/hospitalización un (1) año calendario, para el tratamiento del evento o diagnóstico para el cual fue derivado.
b) Atención en diálisis/hemodiálisis, un (1) año calendario, previo la verificación de supervivencia o su equivalente, y/o verificación del trasplante renal.
c) Atención en emergencia, hasta tres (3) días calendario.
d) Atención en ambulatorio/consulta externa, hasta tres (3) meses calendario, para el tratamiento del evento o diagnóstico para el cual fue derivado.
e) Atención integral por cuidados paliativos, un (1) año calendario, para el tratamiento del evento o diagnóstico para el cual fue derivado.
f) En el caso de atención para usuarios/pacientes con enfermedades crónicas, psiquiátricas, catastróficas, raras, un (1) año, para el tratamiento del evento o diagnóstico para el cual fue derivado.

El código de validación habilitará la atención por tratamiento integral, en los servicios de emergencia, ambulatorio y hospitalización, para el manejo del evento o diagnóstico para el cual fue derivado.

Art. 26.- Renovación de códigos de validación. - En los casos en los que, para atenciones a usuarios/pacientes con enfermedades crónicas, psiquiátricas, catastróficas y raras, se requiera una renovación del código, el prestador deberá solicitarla con treinta (30) días de antelación a la fecha de su vencimiento; y, presentar la documentación conforme al tipo de servicio:

a) Formulario 006 para internación/hospitalización,
b) Informe y/o certificado médico para ambulatorios/consulta externa.

Documentación que debe ser emitida por el prestador de la RPC, al cual fue derivado el usuario/paciente, hacia el financiador/asegurador de la RPIS que pertenece este.

En los documentos mencionados, se debe registrar que el tratamiento debe continuar, a fin de que el financiador/asegurador público a través del equipo de gestión de pacientes emita el nuevo código de validación, mismo que deberá tener relación directa con el diagnóstico por el cual fue derivado inicialmente o por las complicaciones médicas derivadas del mismo.

Art. 27.- Código de validación en casos de parto. - El producto de un parto (único o múltiple), que tenga una complicación y necesite atención médica diferente a la establecida en los paquetes de atención integral, debe contar con su propio código de validación por cada neonato de ser necesario.

Art. 28.- Código de validación para muestras múltiples. - Para muestras múltiples se emitirá un solo código de validación a nombre de la institución o establecimiento de salud derivador o de su representante legal.

Art. 29.- Proceso para la obtención del código de validación. - La gestión del código de validación es responsabilidad del establecimiento de salud prestador; y, la autorización y la emisión de este es responsabilidad del financiador/asegurador público.

En ningún caso será responsabilidad del usuario/paciente, su representante o acompañante realizar esta gestión.

Si el financiamiento/cobertura fuese compartido entre financiadores/aseguradores públicos, el código de validación, para que el usuario/paciente sea atendido en establecimiento de la RPC, será emitido por la entidad que lo derivó inicialmente. En estos casos, dicho código respaldará el pago del servicio por parte de todas las entidades involucradas.

En los casos de autoderivaciones por emergencia de usuarios/pacientes con financiamiento/coberturas compartidas de financiadores/aseguradores públicos, el subsistema de la RPIS al que primero se solicite la autorización de cobertura, emitirá el código de validación, sin que sea necesario, que la otra entidad financiadora/aseguradora emita otro.

Para esta gestión se debe cumplir con los tiempos determinados en el artículo 23 del presente reglamento, caso contrario se sujetará a las sanciones respectivas.

SECCIÓN 4
DE LA DERIVACIÓN Y AUTODERIVACIONES

Parágrafo I
De La Derivación Para Atenciones Programadas

Art. 30.- Derivación para atenciones programadas. - Es un proceso que se realiza de forma planificada y, por lo tanto, depende de la disponibilidad de agendamiento y puede ser postergado sin afectar la condición de salud del usuario/paciente.

La derivación programada se efectuará para internación/hospitalización, incluyendo la atención especializada en ambiente domiciliario, realización de exámenes, procedimientos diagnósticos o terapéuticos ambulatorios, procedimientos quirúrgicos, interconsulta o consulta especializada de alta complejidad, consultas de especialidad.

Para las atenciones por derivaciones programadas en la RPC, el código de validación deberá emitirse antes de la atención del usuario/paciente, considerando la atención oportuna y la

posible presentación de complicaciones en la salud del mismo, excepto en las derivaciones realizadas para el primer nivel de atención mediante aplicativo web, call center, app móvil, u otra que disponga el financiador/asegurador; los cuales deben ser regularizados posteriormente por los equipos de gestión de pacientes de cada financiador/asegurador.

Para la asignación del prestador deben considerarse los criterios de capacidad resolutiva, atención oportuna, accesibilidad y georreferenciación, además de los lineamientos del orden de selección para la prelación de la derivación, en primer lugar, a los establecimientos públicos y posteriormente a la RPC.
Una vez derivado el usuario/paciente a la RPC y si durante su atención se presentan complicaciones médicas que escapen de la capacidad resolutiva o existe limitación en la cartera de servicios del prestador, éste deberá notificar al financiador/asegurador público al que pertenece el usuario/paciente, a fin de que se realice una nueva derivación.

Art. 31.- Derivaciones para el primer nivel de atención. – Al ser el primer nivel de atención la puerta de entrada a la Red Pública Integral de Salud, el usuario/paciente podrá acudir a los establecimientos de salud de la RPIS del primer nivel de atención por demanda espontánea o agendamiento de citas; las cuales pueden ser de forma presencial acudiendo al establecimiento de salud, o de forma virtual a través de medios informáticos (Call center, página web, app, etc.). Estas modalidades de acceso al primer nivel de atención tienen la finalidad, de facilitar el acceso de los usuarios/pacientes.

Cuando los subsistemas no cuenten con establecimientos de salud del primer nivel de atención, podrán satisfacer la demanda de citas médicas por medio de los mecanismos de referencia, derivación en los establecimientos de salud de las instituciones de la RPIS o de la RPC.

Cuando los subsistemas cuenten con establecimientos de salud del primer nivel de atención, deberán realizar los procesos de referencia, contrareferencia, referencia inversa y derivación conforme a la normativa legal vigente para la RPC (adjuntando el código de validación).

Este mecanismo se efectuará hasta que se establezca el modelo de adscripción territorial y asignación per cápita.

Art. 32.- Derivación para internación/hospitalización. - Para la derivación de internación/hospitalización se utilizará el Formulario 053-Referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa; y/o, copia del Formulario 006-Epicrisis de la Historia Clínica Única vigentes a la fecha.

Art. 33.- Derivación para exámenes y muestras múltiples. – En casos de derivación para exámenes y muestras el requerimiento será para examen individual o para muestras múltiples; y, se observará lo siguiente:

a) Examen individual. - Para solicitar exámenes individuales de laboratorio, se utilizará el Formulario 010A solicitud – Formulario 010B resultados de laboratorio clínico; para procedimientos de imagen se requiere el Formulario 012A- Imagenología Solicitud – Formulario 012B Imagenología Informe o el Formulario 013A Anatomía Patológica Solicitud - Formulario 013B Anatomía Patológica Informe de la Historia Clínica Única

vigentes a la fecha. No se requiere adicionar el formulario 053.

En el caso de derivaciones por concepto de exámenes de apoyo diagnóstico (laboratorio), en la medida de lo posible se debe transportar la muestra y no al usuario/paciente, en cuyo caso, serán válidas las muestras tomadas en establecimientos que cuenten con las condiciones y permisos de funcionamiento para el efecto.

Los valores generados se reconocerán al laboratorio que realiza las determinaciones solicitadas.

b) Muestras múltiples.- En el caso de derivaciones para muestras de un mismo tipo de examen para análisis, lectura e interpretación de resultados de varios usuario/pacientes tales como: pruebas de tamizaje metabólico neonatal, placas de citología, muestras de biopsia u otros, no se requiere el envío de un formulario por cada usuario/paciente; será necesario que la máxima autoridad del establecimiento de salud o su delegado, emita un oficio en el que se indique la necesidad del servicio requerido al financiador/asegurador público al que pertenece, al cual se adjuntará el listado de los usuarios/pacientes. El financiador/asegurador público emitirá un solo código de validación (a la RPC) que garantice el pago por todas las muestras procesadas.

Esto aplica también para las muestras solicitadas por el INDOT, en los casos que se requiera para fines de trasplantes de órganos, células y tejidos.

Art. 34.- Derivación para procedimientos diagnósticos o terapéuticos ambulatorios. – En casos de derivación para atenciones especiales de diagnóstico o intervencionismo, tales como: cateterismo, litotripsia, drenaje o punción dirigida por ecografía o tomografía computarizada, colocación de catéteres, de stents, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y otros similares no descritos en el presente artículo, se utilizará el Formulario 053-Referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa, de la Historia Clínica Única vigente a la fecha.

Se procederá de igual manera en los casos de endoscopía, electrocardiograma, electroencefalograma u otros procedimientos diagnósticos.

Art. 35.- Derivación para interconsulta o consulta especializada. - En casos de interconsulta o consulta especializada, se utilizará el Formulario 007-Interconsulta o el Formulario 053-Referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa, de la Historia Clínica Única vigentes a la fecha.

Parágrafo II
Casos Especiales De Derivación

Art. 36.- Derivación de un usuario/paciente sin identificación. - En los casos en que un paciente sin identificación (NN), haya ingresado al servicio de emergencia y por su condición de salud no sea factible determinar la entidad que debe financiar la prestación de servicios de salud, el prestador de la RPC lo identificará como beneficiario del Ministerio de Salud Pública, y comunicará al nivel administrativo desconcentrado de dicha entidad, quien emitirá el código de validación.

Al momento en que se determine que el usuario/paciente sin identificación, posee cobertura de un seguro público, el prestador remitirá su requerimiento de pago a ese seguro.

El financiador/asegurador público al que pertenece el usuario/paciente será responsable del reconocimiento del costo de la atención, desde el momento de producida la emergencia hasta su alta, esto incluye el reconocimiento de los costos de la atención prehospitalaria, de ser el caso.

Si posterior a la atención integral en el servicio de emergencia o urgencia, no es posible determinar la identificación del usuario/paciente, la prestación del servicio de salud será cubierta por el Ministerio de Salud Pública.

Art. 37.- Derivación en caso de complicaciones médicas, en establecimientos de la RPC con o sin convenio con la RPIS. - En los casos en los que los prestadores de la RPC con o sin convenios con la RPIS requieran, por razones médicas justificadas, derivar al usuario/paciente para una atención de alta complejidad, podrá solicitar al financiador/asegurador público que derivó el usuario/paciente, que asigne a otro prestador en el que se pueda resolver la atención requerida.

Parágrafo III
De La Autoderivación

Art. 38.- Autoderivación a la RPIS. – Para los casos de autoderivación a los establecimientos de salud de la RPIS, se reconocerá el pago de las prestaciones brindadas en el servicio de emergencia, en consulta externa/ambulatorio, sean o no emergentes.

En todos los casos será responsabilidad del establecimiento de salud, dar la atención integral que el usuario/paciente requiera conforme a su necesidad.

Art. 39.- Autoderivación por emergencia. - En los casos de emergencia, en las que se encuentre en riesgo la vida del usuario/paciente, o con complicaciones según del Listado de Prioridades I y II del Sistema de Triage Manchester MTS® modificado (Anexo I), el prestador público, de la seguridad social, de la RPC con o sin convenio con la RPIS, tiene la obligación de brindar la atención integral al usuario/paciente.

En estos casos se considerará que ha existido una autoderivación de emergencia.

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

En este caso, si la atención se ha brindado en un establecimiento de la RPIS, se aplicará lo dispuesto en el artículo 43 del presente Reglamento; y, si la atención se ha brindado en un establecimiento de la Red Privada Complementaria con o sin convenios con la RPIS, se aplicará lo dispuesto en el artículo 44 del mismo.

Art. 40.- Acciones en casos de autoderivación por emergencia. - Los establecimientos de salud

públicos y privados, que no cuenten con capacidad resolutiva en los casos de autoderivación por emergencia, procederán a estabilizar al usuario/paciente y a derivarlo a otro establecimiento de salud, utilizando para el efecto el Formulario 053-Referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa, de la Historia Clínica Única vigente a la fecha.

Una vez superado el evento que motivó la autoderivación de emergencia y si el prestador no cuenta con capacidad resolutiva, será obligación del prestador que atendió al usuario/paciente, derivarlo al subsistema al que pertenece, para garantizar la continuidad de la atención en caso de que fuere necesario y siempre que el subsistema cuente con capacidad resolutiva.

En caso de que el establecimiento de salud público o privado cuente con la capacidad resolutiva, brindará la atención integral motivo de la autoderivación al usuario/paciente.

Luego de superado el evento, el establecimiento de salud realizará las gestiones pertinentes para recuperar los gastos que haya demandado dicha atención, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 43 y 44 del presente Reglamento.

Al ser emergencias registradas en la Lista de Prioridad I y II del Sistema de Triage Manchester MTS® modificado, los prestadores de servicios de salud que cuenten con la cartera de servicios y capacidad resolutiva, aceptarán los códigos de validación emitidos desde los financiadores/aseguradores para garantizar la cobertura de los gastos del usuario/paciente.

En caso de que no cuente con la cartera de servicios y/o capacidad resolutiva, aceptará el código de validación emitido por los financiadores/aseguradores con el cual se garantizará la cobertura de los gastos del usuario/paciente, durante su estabilización y proceso de derivación.

Art. 41.- Autoderivación de libre elección. - Es aquella en la que el usuario/paciente por su propia voluntad decide acudir a recibir atención en un establecimiento de salud de la RPC, tenga o no convenio con la RPIS, sin que haya habido un proceso previo de derivación.

En estos casos no tendrá derecho a solicitar financiamiento a las instituciones de la Red Pública Integral de Salud, salvo en el caso de que la atención sea emergencia según el listado de prioridades I y II del Sistema de Triage Manchester MTS® modificado.

Art. 42.- Autoderivación en casos de accidentes de tránsito. - En caso de que una persona requiera atenciones en salud sea o no por emergencia, producto de un accidente de tránsito, será obligación de todo prestador de servicios de salud público, de la seguridad social, de la RPC con o sin convenio con la RPIS; brindar la atención integral al usuario/paciente.

Una vez que se haya brindado la referida atención integral, el prestador de servicios de salud deberá cumplir con los procedimientos administrativos que permitan la continuidad de la atención del usuario/paciente en el mismo establecimiento, o en un establecimiento de la Red Pública Integral de Salud, o en un establecimiento de salud de la Red Privada Complementaria, previo el proceso de derivación autorizado por el subsistema al que pertenezca el usuario/paciente.

Parágrafo IV
Procedimientos En Casos De Autoderivación Por Emergencia

Art. 43.- Atenciones por autoderivación por emergencia en la RPIS. - Cuando las atenciones por autoderivación por emergencia se hayan brindado en prestadores de servicios de salud de la RPIS, dichos prestadores, una vez verificado el ingreso del usuario/paciente deberán consultar obligatoriamente la cobertura de salud del usuario/paciente, para determinar si es titular o beneficiario del IESS, ISSPOL y/o ISSFA o si el financiamiento le corresponde al Ministerio de Salud Pública.

Una vez verificada la cobertura o financiamiento y luego de que se haya brindado la atención integral de salud necesaria, los establecimientos de salud de la RPIS realizarán el procedimiento para la recuperación de valores al financiador/asegurador que corresponda, según el artículo 60 del presente Reglamento y cumpliendo el procedimiento descrito en el Capítulo VIII del mismo

Art. 44.- Atenciones por auto derivación por emergencia en establecimientos de la RPC con o sin convenios con la RPIS. – En atenciones por autoderivación por emergencia según el listado de prioridades I y II del Sistema de Triage Manchester MTS® modificado, los prestadores de servicios de salud de la RPC con o sin convenios con la RPIS, luego de brindar la atención de salud integral necesaria, consultarán en la página web de cobertura de salud si el usuario/paciente cuenta o no con un contrato de salud prepagada o póliza de seguros de asistencia médica; además podrá realizar esta consulta al usuario/paciente, familiar o acompañante, para que expresen si es su voluntad que el financiamiento de la prestación sea cubierta por la compañía correspondiente, para lo cual deberán obtener por escrito dicha voluntad.

En caso de que las respuestas sean afirmativas, el prestador de servicios de salud de la RPC o privado solicitará la cobertura a la compañía correspondiente.

En caso de que las respuestas sean negativas, verificará la cobertura de salud, para determinar si es afiliado a la seguridad social o el financiamiento le corresponde al Ministerio de Salud Pública. Luego de ello, solicitará el código de validación necesario, remitiendo el formulario 008, al financiador/asegurador de la RPIS que corresponda.

Si el usuario/paciente o sus familiares indican que no tiene contrato de salud prepagada, póliza de seguros de asistencia médica, o deciden que la cobertura no sea cubierta por la compañía privada a la que pertenezca, el establecimiento de salud de la RPC, solicitará el código de validación al financiador/asegurador de la RPIS que corresponda, adjuntado el formulario 008 o certificado médico.

Cuando el usuario/paciente o sus familiares hayan decidido que la cobertura sea brindada por la compañía que financie servicios de atención integral de salud prepagada o la de seguros que haya emitido la póliza, y el valor de la cobertura privada no sea suficiente para cubrir las atenciones brindadas, el prestador de salud de la RPC, deberá solicitar el pago del valor excedente al financiador/asegurador de la RPIS a cargo, cumpliendo el procedimiento descrito en el Capítulo VIII, de este Reglamento.

El prestador de servicios de salud de la RPC, tiene la obligación de entregar los documentos habilitantes para regularizar la autoderivación, al financiador/asegurador de la RPIS respectivo.

Art. 45.- Atenciones por auto derivación en casos de accidentes de tránsito en establecimientos de la RPIS, con cobertura pública. - En caso de atenciones por accidentes de tránsito que hayan brindado prestadores de la Red Pública Integral de Salud, dichos prestadores deberán solicitar el pago directamente al Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito (SPPAT), hasta el límite para la cobertura de servicios de salud.

En caso de que la cobertura brindada por el SPPAT no sea suficiente, los prestadores de servicios de salud de la RPIS, verificarán la cobertura de salud, para determinar si es beneficiario del IESS, ISSPOL o ISSFA, o si el financiamiento le corresponde al Ministerio de Salud Pública.
Una vez verificada la cobertura o financiamiento, y luego de que se haya brindado la atención integral de salud necesaria, los establecimientos de salud de la RPIS realizarán el procedimiento para la recuperación de valores al financiador/asegurador que corresponda, cumpliendo el procedimiento descrito en el Capítulo VIII del presente Reglamento.

Art. 46.- Atenciones por auto derivación en casos de accidentes de tránsito en establecimientos de salud de la RPC con o sin convenios con la RPIS. - En caso de atenciones por accidentes de tránsito que hayan brindado prestadores de servicios de salud de la RPC con o sin convenios con la RPIS, dichos prestadores deberán solicitar el pago directamente al Servicio Público Para Pago de Accidentes de Tránsito (SPPAT), hasta el límite para la cobertura de servicios de salud.

En caso de que la cobertura brindada por el SPPAT no sea suficiente para cubrir los costos de la atención en salud bridada, los prestadores de servicios de salud de la RPC con o sin convenios con la RPIS, luego de brindar la atención de salud integral necesaria, deberán verificar en la página web de consulta de coberturas de salud, si el usuario/paciente es beneficiario de seguro público y/o privado; consultará al usuario/paciente, sus familiares o acompañante si es su voluntad que la cobertura sea brindada por la compañía que financie servicios de atención integral prepagada y las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica correspondiente, debiendo obtener por escrito dicha voluntad.

En caso de que la respuesta sea afirmativa, el prestador de servicios de salud de la RPC con o sin convenios con la RPIS, luego de que se haya agotado la cobertura del SPPAT, solicitará la cobertura a la compañía correspondiente.

En caso de que las respuestas sean negativas, el prestador verificará la cobertura de salud, para determinar si es afiliado a un seguro público o le corresponde al Ministerio de Salud Pública.

El prestador solicitará el código de validación necesario al financiador/asegurador de la RPIS que corresponda, en los términos señalados en el artículo 23 del presente Reglamento, para incluirlo como documento habilitante para el proceso de ACFSS.

En caso de que el usuario/paciente o sus familiares hayan decidido que la cobertura sea brindada por la compañía que financie servicios de atención integral de salud prepagada o la de seguros que haya emitido la póliza, luego de que se haya agotado la cobertura del SPPAT; y, el valor de la cobertura privada no sea suficiente para cubrir dichas atenciones, el prestador de salud de la RPC, deberá solicitar el pago del valor excedente al financiador/asegurador de la RPIS que corresponda, cumpliendo el procedimiento descrito en el Capítulo VIII y cumpliendo los

términos de la notificación estipulados en el artículo 23 del presente Reglamento.

El prestador de servicios de salud de la RPC con o sin convenio con la RPIS, tiene la obligación de entregar los documentos habilitantes, para regularizar la autoderivación, al financiador/asegurador de la RPIS que corresponda.

Art. 47.- Víctimas de accidentes de tránsito – cobertura del SPPAT. – El Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito – SPPAT, cumplirá lo dispuesto en el presente Reglamento para la cobertura de protecciones por atenciones de salud, sean autoderivaciones para atenciones de emergencia o programadas.

Parágrafo V
De La Derivación De Usuario/Pacientes Al Servicio De Diálisis

Art. 48.- Servicio de diálisis. – Cuando a criterio del médico tratante, un usuario/paciente requiera servicio de diálisis, dicho profesional decidirá sobre la necesidad de derivarlo.

La decisión de derivar a un usuario/paciente al servicio de diálisis, para que se realice hemodiálisis o diálisis peritoneal en un prestador de servicios de la RPIS o de la RPC, es responsabilidad del médico especialista del establecimiento de salud de la RPIS, para lo cual se considerará criterios de capacidad resolutiva, atención oportuna, accesibilidad y geo-referenciación, lo cual deberá ser registrado en la Historia Clínica.

El médico deberá informar al usuario/paciente el procedimiento terapéutico recomendado para su caso, el cual además debe constar en el requerimiento.

Para la derivación a la RPIS y a la RPC, se utilizará los siguientes formularios de la Historia Clínica Única - HCU:

a) El Formulario 053-Referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa; y,
b) Formulario 006-Epicrisis llenados en su integridad, con copia (física o digital) 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*", emitida por el Ministerio de Salud Pública, mediante Acuerdo Ministerial No. 00004196, publicado en la Edición Especial del Registro Oficial No. 119 de- 8 de abril de 2014 o el instrumento que se encuentre vigente a la fecha de prestación del servicio de salud.

Todo usuario/paciente que requiera terapia de reemplazo renal agudo o crónico, debe ser registrado de manera obligatoria en el Registro Ecuatoriano de Diálisis y Trasplante – REDT o el instrumento dispuesto por la Autoridad Sanitaria Nacional.

El proceso para cambio de prestador a uno diferente del que está brindando el servicio de Terapia de Reemplazo Renal, se realizará por pedido del usuario/paciente a consecuencia de cambio de dirección domiciliaria o lugar de trabajo; o, plan de contingencia del financiador/asegurador.

Cada subsistema determinará el procedimiento administrativo para dicho efecto.

Parágrafo VI
De La Derivación De Usuarios/Pacientes Al Servicio De Oncología

Art. 49.- Servicio de Oncología. - La decisión de derivar a un usuario/paciente al servicio de oncología, es responsabilidad del médico especialista de la RPIS, quien tiene la obligación de informarle el procedimiento terapéutico recomendado para su caso, el cual, además debe constar en el requerimiento, registrado en los documentos habilitantes para el proceso de ACFSS.

Para la derivación se utilizará el Formulario 053-Referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa; y/o, el Formulario 006-Epicrisis llenados en su integridad según el caso; puede adjuntarse también en físico o digital los resultados de laboratorio, estudios histopatológicos, radiología e imagen, necesarios para iniciar el tratamiento. Estos documentos serán revisados por los Equipos de Gestión de Pacientes del financiador/asegurador de la RPIS.

El financiador/asegurador de la RPIS, a través del Equipo de Gestión de Pacientes, debe cumplir lo determinado en la Estrategia Nacional para la Atención Integral del Cáncer en el Ecuador y asegurar la oportunidad de atención integral del usuario/paciente, en el término máximo de treinta (30) días laborable después del diagnóstico confirmatorio de cáncer.

Parágrafo VII
De La Derivación De Usuarios/Pacientes Para Trasplantes

Art. 50.- Trasplantes. – En estos casos la derivación se realizará únicamente a los establecimientos que tengan capacidad resolutiva y estén acreditados para realizar trasplantes por el Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células – INDOT, o quien haga sus veces.

La RPIS, en caso de trasplantes, debe dar la cobertura de gastos generados por:

a) La procuración de órganos, según lo establecido en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, incluyendo transporte aéreo comercial, terrestre, fluvial o marítimo para el equipo procurador (considerando para dicho efecto el transporte sanitario de traslado simple).
b) La atención de salud para el donante durante el proceso de evaluación, selección de donante y trasplante, así como las complicaciones derivadas del acto operatorio.
c) La atención en salud pre trasplante, durante el trasplante y posterior al trasplante del usuario/paciente.
d) Transporte aéreo según indicación médica para el usuario/paciente, el donante, un familiar acompañante y el personal médico necesario de soporte, de ser el caso.
e) Para las derivaciones internacionales, en trasplantes, se observará lo dispuesto en la norma vigente a la fecha, y aprobada por la Autoridad Sanitaria Nacional, para el efecto.

Cada subsistema es el responsable del pago del gasto generado por los exámenes de histocompatibilidad e inmunogenética necesarios en todos los procesos de la actividad

trasplantológica, considerando la normativa emitida por el Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células – INDOT.

El instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células -INDOT es el responsable del pago del gasto generado por las procuraciones fallidas y del gasto por el transporte de los órganos, tejidos y células, independientemente del subsistema al que pertenezca el paciente.

Los financiadores/aseguradores de la RPIS, priorizarán el financiamiento oportuno de los trasplantes requeridos por sus beneficiarios y la auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud, garantizando el pronto pago de las prestaciones por servicios de salud, según las condiciones especiales señaladas en el artículo 88 del presente Reglamento.

Para la derivación a la RPIS, y para la RPC, se utilizará el Formulario 053-Referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa; y/o, el Formulario 006-Epicrisis llenados en su integridad según el caso, y copia de los resultados de exámenes de apoyo diagnóstico.

Parágrafo VIII
De Los Componentes Sanguíneos

Art. 51.- Componentes sanguíneos en la derivación. – La provisión de componentes sanguíneos en los procesos de derivación, seguirán lo determinado en la normativa vigente para este efecto.

SECCIÓN 5
DE LA ASISTENTICA Y TRANSPORTE SANITARIO

Art. 52.- Servicio de Transporte Sanitario. - Los establecimientos de salud públicos brindarán transporte sanitario para el usuario/paciente, exclusivamente, por indicación médica y cuando su condición médica lo justifique.

El transporte sanitario incluirá: transporte primario (prehospitalario), que se coordinará con el Centro Regulador de Emergencias y Urgencias, correspondiente y que se encuentre articulado al SISECU-911; y, el transporte secundario, incluyendo el traslado a domicilio por justificación médica, deberá coordinarse entre los establecimientos de salud de acuerdo al nivel de resolución que amerite. Tanto el transporte primario y secundario, podrá realizarse por vía terrestre, acuática o aérea.

En caso de requerirse transporte sanitario aéreo o acuático, deberá gestionarse siguiendo la norma legal vigente, para dicho efecto.

En caso de que se requiera trasladar a un usuario/paciente, que cuente con cobertura de la RPIS, desde un prestador de servicios de la RPC a uno de la RPIS, el establecimiento de salud privado se encargará de dicho traslado y estos costos los añadirá a la factura del usuario/paciente.

CAPÍTULO VI
DE LA COBERTURA POR GASTOS DEL ACOMPAÑANTE Y DEL RECONOCIMIENTO ECONÓMICO

SECCIÓN 1
DE LA COBERTURA POR GASTOS DEL ACOMPAÑANTE

Art. 53.- Cobertura al acompañante. - La Red Pública Integral de Salud cubrirá los costos para un solo acompañante, en los siguientes casos:

a) Cuando se trate de niñas, niños o adolescentes, menores de dieciocho (18) años.
b) Personas con discapacidades severas o condiciones discapacitantes.
c) Adultos mayores de sesenta y cinco (65) años.
d) Cuando exista absoluta necesidad de un intérprete o traductor.

Art. 54.- Beneficios cubiertos para el acompañante. - En los casos estipulados en el artículo 53 del presente reglamento, la RPIS reconocerá, únicamente los siguientes beneficios para el acompañante:

a) Dieta: alimentación provista por el establecimiento de salud.
b) Cama de acompañante: cuando la disponibilidad del establecimiento de salud y la condición del usuario/paciente lo permita. No se brindará cobertura de acompañante cuando el usuario/paciente se encuentre ingresado en servicios críticos como: terapia intensiva, terapia intensiva neonatal, servicio de quemados y aislamiento.
c) Transporte sanitario terrestre: cuando la condición del usuario/paciente lo amerite, según indicación médica y siempre que las condiciones del transporte lo permitan.
d) Transporte sanitario aéreo: cuando la condición del usuario/paciente lo amerite, según indicación médica y siempre que las condiciones del transporte lo permitan.
e) Transporte sanitario fluvial o marítimo cuando la condición del usuario/paciente lo amerite, según indicación médica y siempre que las condiciones del transporte lo permitan.

SECCIÓN 2
DEL RECONOCIMIENTO ECONÓMICO

Art. 55.- Reconocimiento económico entre subsistemas de la RPIS y el SPPAT. – Las entidades financiadoras/aseguradoras de cada subsistema de la RPIS, reconocerán el valor de las prestaciones que se hayan otorgado a sus beneficiarios con base en los trámites que se remitan mensualmente, por parte de cada prestador de servicios de salud.

Para el cobro de las prestaciones, será suficiente el registro de las atenciones realizadas en los aplicativos informáticos que los establecimientos de la RPIS utilicen para el efecto de las atenciones, tales como RDAACA, PRAS, AS400 u otros.

Los pagos que se realicen entre las entidades financiadoras/aseguradoras de la RPIS y sus establecimientos o entre los establecimientos de otros subsistemas, no requerirán de auditorías de calidad de facturación de servicios de salud, y el reconocimiento se podrá realizar por pago directo por las prestaciones, cruce de cuentas u otra modalidad que se determine para el efecto.

Al interior de cada subsistema se podrá establecer los mecanismos de control que se considere pertinentes.

En los casos de accidentes de tránsito en que el financiamiento sea por parte del SPPAT, este financiador realizará el pago del valor correspondiente, conforme a la cobertura de servicios de salud para víctimas de accidentes de tránsito; y, el excedente será cubierto por el seguro público del que sea beneficiario el usuario/paciente o por el Ministerio de Salud Pública, siguiendo la prelación de pagos.

Art. 56.- Reconocimiento Económico entre el SPPAT, la RPIS y la RPC con o sin convenio con la RPIS. – Las entidades financiadoras/aseguradoras de cada subsistema de la RPIS, reconocerán el valor de las prestaciones que se hayan brindado a sus beneficiarios en establecimientos de salud de la RPC con convenio.

Igualmente, se reconocerá los gastos generados por la atención de usuarios/pacientes a los prestadores de la RPC que no mantienen convenio, en casos de auto derivación por emergencias según el listado de prioridades I y II del Sistema de Triage Manchester MTS® modificado.

Los mencionados pagos se realizarán con base en el resultado del proceso de ACFSS descrito en el Capítulo VIII, y cumpliendo el procedimiento previsto en el Capítulo VII del presente Reglamento; excepto en los casos en los que se aplique la categorización de prestadores de conformidad con la normativa vigente.

Para los prestadores que se encuentren en las categorías 1 y 2, con porcentaje de objeciones menor o igual al seis por ciento (6%) en el histórico durante los seis (6) últimos meses de prestaciones auditadas, por tipo de servicio, no se realizará el proceso de ACFSS y se procederá al pago directo, realizando el descuento del porcentaje de objeciones histórico. En estos prestadores se realizará el proceso de ACFSS dos (2) veces al año dentro de los dos (2) semestres, para corroborar que se mantiene el porcentaje de objeción. Se calculará con base en el resultado de la primera auditoría. Según lo establecido en la "*Norma para Aplicar Métodos Estadísticos en el Control Técnico Médico de Pertinencia Médica en las Instituciones de la Red Integral de Salud, Respecto de las Prestaciones de Salud Otorgadas por los Establecimientos de Salud Públicos y Privados*", expedida mediante Acuerdo Ministerial 00046, publicado en el Registro Oficial No. 787 de 30 de junio de 2016 o la norma que la sustituya.

Para el caso del SPPAT, se realizará el pago del valor correspondiente conforme a la cobertura de servicios de salud para víctimas de accidentes de tránsito; y, el excedente será responsabilidad del seguro privado o público del que sea beneficiario, conforme a la elección del usuario/paciente.

Art. 57.- Tarifario. – Los pagos que se realicen desde las entidades financiadoras/aseguradoras públicas, a establecimientos de salud públicos, de la RPC con o sin convenios con la RPIS, cuando corresponda, se liquidarán y reconocerán de acuerdo a los valores determinados en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud vigente a la fecha de la prestación del servicio de salud.

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

prioritarias.

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

Art. 58.- 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 factura deberá cumplir con los parámetros establecidos por el Servicio de Rentas Internas.

Los prestadores de salud deberán presentar una factura global mensual por servicios prestados a uno o varios usuarios/pacientes; es decir, una factura consolidada mensual que tenga el detalle por cada atención en internación/hospitalización, hospital del día, ambulatorias, emergencia, pre hospitalario, cuidados paliativos, diálisis; y, trasplantes.

La existencia de valores objetados no exime del pago de los valores aprobados

Art. 59.- Remisión de documentos. - Para el proceso de pago de las prestaciones de servicios de salud, los prestadores enviarán la documentación en físico o digital, a las instituciones financiadoras/aseguradoras públicas, responsables de la gestión de pagos de los usuarios/pacientes, de acuerdo con la estructura organizacional administrativa en territorio de cada subsistema de la RPIS según corresponda, conforme a sus requerimientos.

En los casos en que la entrega de la documentación sea digital, ésta deberá contener firma, según lo determinado en el artículo 72 del presente Reglamento.

CAPÍTULO VII
DE LA PRELACIÓN DE PAGOS

Art. 60.- Prelación de pagos entre las entidades financiadoras/aseguradoras de la RPIS.- Las instituciones financiadoras/aseguradoras de la RPIS, participarán responsable, solidaria y equitativamente en el pago de las atenciones que reciban sus beneficiarios; por lo tanto, los establecimientos prestadores de servicios de salud, requerirán el pago de las prestaciones de servicios de salud, según el siguiente orden de prioridad, en los casos en los que no se trate de accidentes de tránsito o auto derivaciones por emergencia a establecimientos de la RPC con o sin convenios con la RPIS:

a) La entidad financiadora/aseguradora del subsistema de la seguridad social (IESS, ISSFA, ISSPOL), del que sea beneficiario el usuario/paciente.

b) En caso de que el usuario/paciente no cuente con cobertura de la seguridad social, el Ministerio de Salud Pública, será el encargado de financiar su cobertura.

La prelación se aplicará independientemente del establecimiento de salud de la RPIS o de la RPC en el cual el usuario/paciente reciba la prestación de servicios de salud, garantizando la atención y la gratuidad de la misma en el establecimiento de salud que le prestó el servicio.

Art. 61.- Prelación de pagos en casos de atenciones por auto derivación por emergencia en establecimientos de la RPC con o sin convenios con la RPIS. – Las instituciones financiadoras/aseguradoras públicas, y las compañías de seguros de asistencia médica o de salud prepagada, participarán responsable, solidaria y equitativamente en el pago de las atenciones que reciban sus beneficiarios, por lo tanto, los establecimientos prestadores de servicios de salud de la RPC con o sin convenios con la RPIS, en casos de auto derivaciones por emergencia, según el listado de prioridades I y II del Sistema de Triage Manchester MTS® modificado, requerirán el pago de las prestaciones de servicios de salud, según el siguiente orden de prioridad:

a) Si el usuario/paciente ha manifestado su voluntad de que sea la compañía de salud prepagada o de seguro de asistencia médica quien cubra la prestación, el prestador de servicios de salud de la RPC con o sin convenio con la RPIS, solicitará la cobertura a dichas compañías, según el monto y planes contratados.
   En el caso de que el valor de la cobertura privada no sea suficiente para cubrir las atenciones brindadas, el prestador de salud de la RPC con o sin convenio con la RPIS, deberá solicitar el pago del valor excedente a la entidad financiadora/aseguradora de la RPIS que corresponda, según lo dispuesto en el artículo 60 del presente Reglamento.

b) Si el usuario/paciente ha manifestado su voluntad de que la cobertura sea brindada por la entidad financiadora/aseguradora de la RPIS, la prestación será cubierta por el financiador/asegurador que corresponda en el orden que se estipula en el artículo 60 del presente Reglamento.

Art. 62.- Prelación de pagos por autoderivación en casos de accidentes de tránsito en establecimientos de la RPIS, con cobertura pública. Las instituciones financiadoras/aseguradoras públicas y el SPPAT o quien haga sus veces, participarán responsable, solidaria y equitativamente en el pago de las atenciones que reciban sus beneficiarios; por lo tanto, en casos de accidentes de tránsito, los establecimientos prestadores de servicios de salud públicos requerirán el pago de las prestaciones de servicios de salud, según el siguiente orden de prioridad:

a) Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito (SPPAT), hasta el límite de la cobertura de servicios de salud para accidentes de tránsito, y el excedente lo cubrirá el seguro público del que es beneficiario el usuario/paciente, para ello, los financiadores/aseguradores de la RPIS, no realizarán un nuevo proceso de ACFSS, sino que pagarán con base en el Informe de Liquidación emitido por el SPPAT y/o su Operadora Única, responsable de realizar el proceso de ACFSS.

b) La entidad financiadora/aseguradora del subsistema de la seguridad social (IESS, ISSFA, ISSPOL), del que sea beneficiario el usuario/paciente.

   En caso de que el usuario/paciente no cuente con cobertura de la seguridad social, el Ministerio de Salud Pública, será el encargado de financiar su cobertura.

Art. 63.- Prelación de pagos por auto derivación en casos de accidentes de tránsito en establecimientos de la RPC.- Las instituciones financiadoras/aseguradoras públicas, el SPPAT o

quien haga sus veces y las compañías de seguros de asistencia médica o de salud prepagada, participarán responsable, solidaria y equitativamente en el pago de las atenciones que reciban sus beneficiarios; por lo tanto, en casos de accidentes de tránsito, los establecimientos prestadores de servicios de salud de la RPC con o sin convenios con la RPIS, requerirán el pago de las prestaciones de servicios de salud, según el siguiente orden de prioridad:

a) Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito (SPPAT), hasta el límite para la cobertura de servicios de salud, para accidentes de tránsito y el excedente lo cubrirá el seguro público o privado conforme a la elección del usuario/paciente, para ello los financiadores/aseguradores de la RPIS, no realizarán un nuevo proceso de ACFSS, sino que pagarán con base en el Informe de Liquidación emitido por el SPPAT y/o su Operadora Única, responsable de realizar el proceso de ACFSS.

b) Si el usuario/paciente ha manifestado su voluntad de que sea la compañía de salud prepagada o de seguro de asistencia médica, quien cubra la prestación ocasionada por un accidente de tránsito, el prestador de la RPC con o sin convenio con la RPIS solicitará la cobertura a dichas compañías, según el monto y planes contratados.

   En el caso de que el valor de la cobertura privada no sea suficiente para cubrir las atenciones brindadas, el prestador de salud de la RPC con o sin convenio con la RPIS, deberá solicitar el pago del valor excedente a la entidad financiadora/aseguradora de la RPIS que corresponda, según lo dispuesto en el artículo 60 del presente Reglamento. Las entidades financiadoras/aseguradoras de la RPIS en ningún caso reconocerán valores de copagos o cuotas moderadoras, ni valores objetados o debitados por el SPPAT.

c) Si el usuario/paciente ha manifestado su voluntad de que la cobertura para la prestación ocasionada por un accidente de tránsito sea brindada por la entidad financiadora/aseguradora de la RPIS, la prestación será cubierta en este orden:

   1) La entidad financiadora/aseguradora del subsistema de la seguridad social (IESS, ISSFA, ISSPOL), del que sea beneficiario el usuario/paciente.

   2) En caso de que el usuario/paciente no cuente con cobertura de la seguridad social, el Ministerio de Salud Pública será el encargado de financiar su cobertura.

Art. 64.- Pagos por atenciones a titulares con varias coberturas de financiador/asegurador públicos. - En el caso de usuarios/pacientes que sean titulares de más de un seguro público se aplicarán las siguientes consideraciones:

a) En el caso de usuarios/pacientes que sean titulares de más de un seguro público y reciban atenciones en cualquiera de los establecimientos de alguno de los subsistemas del que son titulares, el seguro al que pertenece el establecimiento de salud que brinda el servicio de salud, pagará el cien por ciento (100 %) de la cobertura.

b) En el caso de usuarios/pacientes que sean titulares de más de un seguro público y reciban atenciones en otros establecimientos de los subsistemas de la RPIS, hayan sido derivados a establecimientos de la RPC con o sin convenios con la RPIS; por

autoderivaciones de emergencia, cada seguro público pagará la cobertura en partes iguales.

c) En el caso de usuarios/pacientes que sean titulares de más de un seguro público, pero en uno de ellos se encuentre aportando, la cobertura será al cien por ciento (100 %) por el seguro al que se encuentre aportando, así como, en el caso de un 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 será responsabilidad del subsistema en el cual el usuario/paciente haya recibido la atención.

d) En el caso de usuarios/pacientes que sean titulares de más de un seguro público, por beneficios de jubilación, la cobertura será al cien por ciento (100 %) por parte del primer seguro del que se jubiló.

e) En el caso de usuarios/pacientes pensionistas de montepío en más de un subsistema de aseguramiento en salud, la cobertura de la prestación de salud será otorgada por los seguros públicos en partes iguales.

f) En el caso de usuarios/pacientes que sean titulares de un financiador/asegurador público con beneficio de jubilación y pensionista de montepío de otro seguro público, la cobertura será al cien por ciento (100%) por el financiador/asegurador del subsistema en el cual el usuario/paciente es habitúe.

Art. 65.- Pagos por atenciones en titulares y dependientes con varias coberturas de seguros públicos. - En el caso de usuarios/pacientes que sean titulares y/o dependientes de dos o más seguros públicos se aplicarán las siguientes consideraciones:

a) En el caso de usuarios/pacientes que sean titulares de un seguro público y dependientes de otro y reciban atenciones en cualquier establecimiento de los subsistemas de la RPIS, hayan sido derivados a establecimientos de la RPC con o sin convenios con la RPIS, por autoderivaciones de emergencia, el seguro del que son titulares cubrirá el cien por ciento (100 %) de la cobertura.

b) En el caso de usuarios/pacientes que sean dependientes de dos o más subsistemas; y, reciban atenciones en cualquier establecimiento de los subsistemas de la RPIS, hayan sido derivados a establecimientos de la RPC con o sin convenios con la RPIS; por autoderivaciones de emergencia, cada subsistema del que son dependientes pagará la cobertura en partes iguales.

c) En el caso de usuarios/pacientes que sean dependientes del asegurado titular del ISSPOL y reciban atenciones en sus propios establecimientos, el ISSPOL cubrirá el sesenta y ocho por ciento (68 %) de la cobertura y el valor excedente será pagado por el otro seguro público.

d) En el caso de usuarios/pacientes dependientes de dos asegurados titulares en el ISSPOL, reciban atenciones en cualquier establecimiento de los subsistemas de la RPIS, hayan sido derivados a establecimientos de la RPC con o sin convenios con la RPIS; por

autoderivaciones de emergencia, recibirán cobertura al cien por ciento (100 %) por parte del ISSPOL.

e) En el caso de usuarios/pacientes con financiamiento/aseguramiento compartido, ISSFA/IESS, ISSFA/ISSPOL donde el usuario/paciente, requiera la entrega de medicina para enfermedades crónicas, raras, huérfanas y/o catastróficas, el ISSFA derivará al subsistema con el que comparte la cobertura o a un prestador de convenio de la RPC para la atención integral.

Los pagos se deberán realizar independientemente del subsistema en el cual reciba la prestación de salud, garantizando la atención y la gratuidad en el establecimiento de salud que le prestó el servicio.

Art. 66.- Pagos por atenciones en afiliados con coberturas parciales de seguros públicos. - En el caso de usuarios/pacientes que sean dependientes de un seguro público y dicho seguro no cubra la totalidad del pago, el valor restante será cubierto por el Ministerio de Salud Pública, siguiendo las siguientes consideraciones:

a) En el caso usuarios/pacientes que sean dependientes del asegurado titular del ISSFA o ISSPOL, con cobertura parcial y que no sean titulares o dependientes de otro seguro público, el valor excedente de la cobertura será pagada por el Ministerio de Salud Pública.

b) En el caso de usuarios/pacientes que sean dependientes del asegurado titular del ISSPOL y que no sean titulares o dependientes de otro seguro público y reciban atenciones en establecimientos de la Policía Nacional, el ISSPOL cubrirá el sesenta y ocho por ciento (68 %) de la cobertura y el valor excedente será pagado por el Ministerio de Salud Pública.

CAPÍTULO VIII
DE LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA FACTURACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Art. 67.- Proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud.- El objeto de la ACFSS, es habilitar el pago de las prestaciones de salud, a través de la verificación y evaluación sistemática de la pertinencia documental, técnica médica y de tarifas generadas por los prestadores de 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 RPC, según los términos señalados en este reglamento; o por prestadores de la RPIS en aplicación del artículo 55 del presente Reglamento.

Los financiadores/aseguradores públicos, los prestadores de servicios de salud de la Red Pública Integral de Salud – RPIS, de la Red Privada Complementaria – RPC, con o sin convenios con la RPIS, del Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito – SPPAT, o quien haga sus veces, deberán aplicar obligatoriamente las normas que constan en el presente Capítulo para la realización del proceso técnico de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud – ACFSS.

SECCIÓN 1
NORMAS COMUNES

Art. 68.- Obligación de los funcionarios y servidores que participen en el proceso de ACFSS. – Los funcionarios y servidores públicos que participen en el proceso de ACFSS, deberán actuar con base en los principios de independencia, legalidad, integridad, objetividad y confidencialidad, para lo cual deberán suscribir de forma obligatoria, un acuerdo de confidencialidad y uso de la información y una declaración de ausencia de conflictos de interés.

Los funcionarios y servidores que desarrollen el proceso de ACFSS, no podrán cumplir funciones dentro del equipo de gestión de pacientes, tampoco podrán mantener vínculos laborales con los prestadores listados en el registro de prestadores de servicios de salud para la RPIS.

El incumplimiento de las obligaciones que constan en el presente artículo se sancionará, según lo dispuesto en la Ley Orgánica del Servicio Público y otras normas aplicables.

Los financiadores/aseguradores públicos deberán conformar equipos técnicos independientes a cargo de cada proceso: Gestión de Pacientes y ACFSS.

Art. 69- Directrices. – Para el proceso de la ACFSS, las instituciones de la Red Pública Integral de Salud, de la Red Privada Complementaria con o sin convenios con la RPIS, cuando corresponda, se sujetarán a las siguientes directrices:

a) No se aplicarán criterios personales o discrecionales al momento de realizar la ACFSS.

b) No se requerirá información ni documentos diferentes a los señalados en este Reglamento.

c) Las instituciones de la RPIS, aplicarán la normativa que expida la Autoridad Sanitaria Nacional, para la aplicación de métodos estadísticos en el control técnico médico de pertinencia médica.

d) El personal no médico, revisará la documentación exclusivamente en lo referente al cumplimiento de requisitos administrativos.

e) El financiador/asegurador público no puede requerir al prestador de salud la entrega de la Historia Clínica Única, o parte de ella, en original o copia, sin la autorización escrita firmada por el usuario/paciente o su representante legal, de conformidad con las disposiciones del "Reglamento para el Manejo de Información Confidencial en el Sistema Nacional de Salud".

f) La revisión de pertinencia médica de la ACFSS, no es una auditoría de caso clínico.

g) El médico que realice el control técnico médico en la ACFSS, tendrá prohibido ejecutar auditorías de casos clínicos sobre los casos que haya auditado.

h) La prestación de salud que se brinde a un usuario/paciente en un establecimiento de

mayor complejidad al que se requería, no será causal de débito al prestador. Sin embargo, en caso de que estos casos se detecten, la institución de la RPIS que corresponda deberá tomar los correctivos necesarios en los mecanismos de derivación.

i) Los errores en la forma e ilegibilidad de los documentos de derivación y demás formularios emitidos por el establecimiento de salud derivador, no serán causal de objeción o débito. Sin embargo, en caso de que se detecten estos casos la institución de la RPIS que corresponda, deberá tomar los correctivos necesarios, en los mecanismos de derivación.

j) Se aceptará la presentación de documentos extraídos de un aplicativo informático, cuyos registros se realizan a través de la entrega de credenciales (usuario y contraseña).

k) Para el levantamiento de objeciones se aplicará lo establecido en el artículo 117 del presente Reglamento, y no será necesario volver a enviar los documentos ya incluidos en el trámite original. Excepto en objeciones totales.

l) 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 con el uso del formulario 053 de Referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa o Formulario 007 de la Historia Clínica Única.

m) Para el proceso de ACFSS, los financiadores/aseguradores y prestadores públicos, pueden utilizar las aplicaciones informáticas que faciliten el proceso descrito en el artículo 71 del presente Reglamento.

n) Los prestadores de salud de la RPIS y de la RPC con o sin convenio con la RPIS, deben entregar la documentación de respaldo de las prestaciones de servicios de salud brindadas a los usuarios/pacientes de la RPIS en formato físico o digital, conforme al requerimiento del financiador/asegurador público.

o) El proceso de ACFSS, debe garantizar la confidencialidad de la información del usuario/paciente y del prestador de los servicios de salud.

p) Las planillas individuales se consolidarán en una factura global mensual por servicio, es decir, una por cada tipo de atención en: internación/hospitalización, hospital del día, ambulatoria, emergencia, pre-hospitalaria, diálisis/hemodiálisis; y trasplantes, en atención a los valores aprobados luego del proceso de ACFSS.

q) Para el pago de servicios se considerará el nivel de atención del prestador que conste en el permiso de funcionamiento, independientemente del nivel de atención en el que podría haberse brindado la atención.

r) En caso de existir convenios en los que se contrate a prestadores con permisos de funcionamiento de un nivel de atención mayor, para brindar prestaciones de menor nivel, se reconocerá el valor de las prestaciones de acuerdo al nivel de atención al que corresponda la prestación que deberá constar en el convenio suscrito.

s) En los casos en los que los prestadores de la RPC, atiendan usuarios/pacientes y por ello deban comprar servicios a un tercero, que forme parte o no del registro de prestadores de la RPIS, el valor a facturar, en todos los casos, será el establecido en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud. El prestador de la RPC, que atienda al usuario/paciente procurará comprar servicios a los prestadores que se encuentren en el mencionado registro.

t) Los financiadores/aseguradores públicos receptarán los trámites de manera mensual. Los prestadores deberán presentar el trámite por mes de prestación y tipo de servicio: internación/hospitalización, hospital del día/cirugía ambulatoria, emergencia, trasplante, ambulatorio, diálisis/hemodiálisis, prehospitalario. Las emergencias y urgencias se considerarán un mismo tipo de servicio. No se aceptarán alcances a los trámites presentados.

u) En casos de atenciones a usuario/pacientes de larga estancia hospitalaria o que requieran atención continua, los trámites contendrán los expedientes que corresponden a la prestación brindada, desde el ingreso del usuario/paciente al servicio, hasta la fecha del alta, pudiendo incluirse en el trámite las atenciones recibidas en varios meses consecutivos. No es necesario cortar el planillaje cada mes si el paciente continúa internado en el establecimiento de salud. Si un usuario/paciente ingresa el día treinta (30) de un mes, permanece hospitalizado los treinta y un (31) días del mes siguiente y es dado de alta el quince (15) del mes subsiguiente, se elaborará un solo expediente y una sola planilla por todos los días que recibió atención en los tres (3) meses de su internamiento. El planillaje de una prestación de hospitalización que incluya tiempos de más de un (1) mes de estancia, se podrá planillar y facturar en el mes que se produzca el alta del paciente o con cortes mensuales.

v) Las atenciones en transporte sanitario secundario deberán incluirse en la factura del tipo de servicio de la prestación de salud, si el transporte secundario no está anclado a ningún tipo de servicio, debe ser registrado en el servicio ambulatorio.

w) En el caso de que existan objeciones, para el levantamiento de las mismas, siempre se deberá adjuntar, de manera adicional a los documentos habilitantes y justificativos, la copia del informe de liquidación de la primera auditoría.

Art. 70.- Proceso de ACFSS en caso de financiamiento/coberturas públicas compartidas. - En el caso de financiamiento/coberturas compartidas públicas, la auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud se realizará de la siguiente manera:

a) En casos de financiamiento/coberturas compartidas entre el SPPAT y los financiadores/aseguradores de la RPIS, será el SPPAT quien realice el cien por ciento (100%) del proceso de ACFSS del total planillado por los prestadores de la RPIS o RPC, tanto del primer ingreso, cuanto de los levantamientos de objeciones.

b) El proceso de ACFSS del total de lo planillado, será realizado por el financiador/asegurador público del cual es titular el usuario/paciente; excepto en el caso

de víctimas de accidente de tránsito, ya que se aplicará lo determinado en el literal a.

c) En casos de dependientes de dos (2) o más subsistemas de la RPIS, en el cual el código de validación para la RPC haya sido emitido por uno de los subsistemas de los que tiene cobertura el usuario/paciente, quien realizará el proceso de ACFSS, es el financiador/asegurador público que emitió el código de validación; excepto en el caso de víctimas de accidente de tránsito, ya que se aplicará lo determinado en el literal a del presente artículo. Y si el usuario/paciente es atendido en los establecimientos de salud de uno de los subsistemas que comparten cobertura, el mismo subsistema que brinda la atención realizará el proceso de ACFSS.

d) En casos de dependientes de dos (2) o más subsistemas en el cual el código de validación haya sido emitido por un subsistema diferente de los que tiene cobertura, el proceso de ACFSS lo realizará el financiador/asegurador público al cual el prestador entregue el expediente; excepto en el caso de víctimas de accidente de tránsito, ya que se aplicará lo determinado en el literal a.

e) Una vez efectuado el proceso de ACFSS, se enviará el informe de liquidación al prestador, quien podrá solicitar el pago al otro u otros financiadores/aseguradores públicos que tengan responsabilidad compartida en el financiamiento; quien(es) procederá(n), con el pago del valor aprobado en el porcentaje que le corresponde, utilizando la copia del informe de liquidación sin que sea necesario realizar un nuevo proceso de ACFSS.

f) Únicamente en los casos de financiamiento/coberturas compartidas el financiador/asegurador público, aceptará los trámites sin que estos se consideren alcances.

Art. 71.- Aplicativos. - Para los procesos de ACFSS y el planillaje, se podrán utilizar aplicativos o sistemas informáticos que permitan agilidad al proceso; estos aplicativos deberán incluir pistas de auditoría y registros de control del usuario, que aseguren la inviolabilidad de la información, confidencialidad de los datos y la confiabilidad de sus resultados.

Art. 72.- Firma. - Para el proceso de ACFSS se reconocen las firmas: manuscrita, electrónica certificada digital, y aquellas firmas que consten en aplicativos de Historia Clínica Digital. También, se aceptará como firma electrónica el registro de acceso con uso de credenciales a los aplicativos informáticos que permitan identificar e individualizar al titular de dichas credenciales.

En caso de que se presenten documentos físicos con firmas manuscritas, se deberán incluir los nombres completos y número de cédula del titular de la misma, con el sello que haya sido provisto por la institución de salud.

De ser el caso que los prestadores utilicen firmas electrónicas, realicen reportes o desarrollen formularios que sean parte de la historia clínica, y estos provengan de aplicativos informáticos, serán responsables del uso de sus credenciales, en estos casos no se requerirán firmas manuscritas o sellos, pero si se requerirá los datos del profesional de salud que realizó el formulario, se deberán incluir los nombres completos y número de cédula del titular de la

misma.

El prestador (la máxima autoridad) debe certificar una vez en cada período fiscal, que el aplicativo informático cuenta con todas las seguridades del caso y que la información proporcionada es verás; certificación que será entregada a las instituciones financiadoras/aseguradoras públicas.

Art. 73.- Organización de documentos. - La organización de los documentos físicos o digitales que debe enviar el prestador, en todos los trámites entre instituciones de la RPIS; y, entre instituciones de la RPIS y la RPC es el siguiente:

a) Oficio o memorando de solicitud de pago, el mismo que se utilizará, también, en el caso de financiamiento/coberturas compartidas.

b) Planilla consolidada, la misma que se utilizará, también, en el caso de financiamiento/coberturas compartidas.

En cada expediente:

a) Original de la planilla individual con firma del prestador; 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, documento habilitante para la RPC.

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

c) Acta de entrega – recepción del servicio brindado, únicamente para prestadores de la Red Privada Complementaria.

d) Copia simple de la consulta en línea de la cobertura de seguridad social del usuario/paciente; en caso de menores de edad, las de sus padres o informe de trabajo social elaborado por el establecimiento de salud prestador del servicio de no existir información de sus padres o de uno de ellos. Se exceptúan los usuarios/pacientes no identificados (NN).

Adicionalmente, en cada expediente se agregarán los documentos específicos por cada tipo de servicio, conforme se detalla en los artículos subsiguientes, mismos que deberán estar debidamente validados con la firma de responsabilidad del profesional de salud correspondiente.

Para los trámites de levantamiento de objeciones, deberán incluir la copia del informe de liquidación de la primera auditoría, más los documentos justificativos.

No se requerirá documentos adicionales a los requeridos en el presente Reglamento.

Art. 74.- Documentos adicionales en casos de accidentes de tránsito y autoderivaciones de emergencia. - Además de los documentos que constan en el artículo 73 del presente Reglamento y de los específicos para cada tipo de servicio, se requerirán estos documentos, en

los siguientes casos:

a) En los casos de accidentes de tránsito, cuando el monto de la liquidación supere la cobertura de salud brindada por el SPPAT, y el usuario/paciente no cuente con pólizas de seguro de asistencia médica o contratos de salud prepagada, o no haya autorizado que las compañías emisoras de dichos contratos paguen esa cobertura; se requerirá el conforme de liquidación emitido por el SPPAT.

b) En casos de accidentes de tránsito, cuando el monto de la liquidación supere la cobertura de salud brindada por el SPAAT, el usuario/paciente cuente con una póliza de seguro de asistencia médica o contrato de salud prepagada y haya autorizado que la compañía de seguros o salud prepagada pague la cobertura, y siempre que la atención haya sido en establecimientos de salud de la RPC, se requerirá el informe de liquidación emitido por el SPPAT y la planilla de cargos emitida para la compañía de seguros o de salud prepagada; con lo cual solicitará al pago al seguro público o al Ministerio de Salud Pública, conforme a la prelación de pagos.

c) En los casos de usuarios/pacientes que hayan sido atendidos en prestadores de la RPC sin convenio con la RPIS, por casos de autoderivación de emergencia según el listado de prioridades I y II del Sistema de Triage Manchester MTS® modificado; y, el usuario/paciente cuente con una póliza de seguro de asistencia médica o contrato de salud prepagada y haya autorizado que la compañía de seguros o salud prepagada pague la cobertura, se requerirá la planilla de cargos emitida para la compañía que corresponda.

Art. 75.- Documentos requeridos en el servicio de internación/hospitalización y hospital del día. - Además de los documentos generales que constan en el artículo 73, para los trámites de internación/hospitalización y hospital del día se requerirán los siguientes documentos:

a) Copia legible del Formulario 053-Referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa; o, nota de ingreso a internación/hospitalización, en los casos en los que se justifiquen por el criterio médico, que podría estar incluida en el formulario 006
b) Copia legible del Formulario 006-Epicrisis.
c) Copias legibles del Formulario 018 - Protocolo Quirúrgico (operatorio), en cirugías.
d) Copia del Formulario 018A – Transanestésico (protocolo anestésico), de ser el caso.
e) Copia legible del formulario 007 de Interconsultas, de ser el caso.
f) Copia Formulario 114 – UCI Neonatal o Formulario 115 UCI Pediátrico o Formulario 116 UCI Adulto, según corresponda, para internación/hospitalización en terapia intensiva.
g) Acta de entrega-recepción del servicio, solo para la Red Privada Complementaria

Art. 76.- Documentos requeridos en el servicio ambulatorio. - Además de los documentos generales que constan en el artículo 73, para los trámites de servicios ambulatorios, se requerirán los siguientes documentos:

a) Copia del Formulario 053 - Referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa. No aplica para consultas subsecuentes.
b) Copia del Formulario 007 - Interconsulta, si el usuario/paciente es derivado para una

interconsulta o Formulario 053.

c) Copia del Formulario 010A solicitud – Formulario 010B resultados de laboratorio clínico, si se requirieron exámenes de laboratorio clínico.
d) Copia del Formulario 012A- Imagenología Solicitud – Formulario 012B Imagenología Informe, de haberse requerido exámenes de imagen o radiología, con su respectivo informe.
e) Copia del Formulario 013A Anatomía Patológica Solicitud - Formulario 013B Anatomía Patológica Informe, si se requirieron exámenes histopatológicos.
f) Copia del Formulario 033, para odontología.
g) Copia del Formulario 002, para consulta externa.
h) Copia del listado de usuarios/pacientes de las muestras enviadas y copia del listado de usuarios/pacientes de las muestras efectivamente procesadas, en caso de muestras múltiples.
i) Copia del pedido y registro de terapias de rehabilitación recibida, si es el caso.
j) Acta de entrega-recepción del servicio, solo para la Red Privada Complementaria.

Cuando dentro del trámite se adjunten, los formularios 007, 010, 012, 013, 033, 002 y lo detallado en los literales h, i; no será necesario adjuntar el formulario 053.

Art. 77.- Documentos requeridos en el servicio de emergencia. – Además de los documentos generales que constan en el artículo 73, para los trámites de emergencia se requerirán los siguientes documentos:

a) Copia del Formulario 008-Emergencia.
b) Copia del Formulario 053-Referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa, si el usuario/paciente fue derivado desde un establecimiento de salud.

Art. 78.- Documentos requeridos para componentes sanguíneos. – Además de los documentos generales que constan en el artículo 73, para los trámites por componentes sanguíneos se requerirán los siguientes documentos:

a) Original del Formulario de solicitud de componentes sanguíneos.
b) Original del Formulario de solicitud intrahospitalaria de componentes sanguíneos.
c) Original del registro de despacho de componentes sanguíneos hacia otro establecimiento de salud.

El establecimiento de salud privado que requiera administrar hemoderivados y los adquiera en la Cruz Roja, se encargará del trámite respectivo y estos costos los añadirá en el planillaje del usuario/paciente.

Art. 79.- Documentos requeridos para servicios de asistencia de transporte sanitario prehospitalario y transporte secundario. – Además de los documentos generales que constan en el artículo 73, para los trámites de servicio de transporte primario (atención prehospitalaria) y trasporte secundario, se requerirán los siguientes documentos:

a) Servicio de transporte primario (Atención prehospitalaria) con transporte sanitario terrestre:

1) Copia del "Formulario Anexo 002- Atención prehospitalaria".
2) Copia de la hoja de ruta de movilización de la ambulancia.

b) Servicio de transporte primario (Atención prehospitalaria) con transporte sanitario aéreo:
1) Copia del "Formulario Anexo 002- Atención prehospitalaria".
2) Copia de Hoja de ruta del servicio de transporte sanitario aéreo.

c) Servicio de transporte primario (Atención prehospitalaria) con transporte sanitario acuático (fluvial o marítimo):
1) Copia del "Formulario Anexo 002- Atención prehospitalaria".
2) Copia de la bitácora de viaje.

d) Servicio de transporte secundario con transporte sanitario terrestre:
1) Copia del formulario 053, en los casos determinados en el presente Reglamento, excepto para transporte secundario a domicilio.
2) Copia del Formulario 119 – Trasporte Secundario.

e) Servicio de transporte secundario con transporte sanitario aéreo:
1) Copia del formulario 053, en los casos determinados en el presente Reglamento.
2) Copia del Formulario 119 – Transporte Secundario.
3) Copia de la hoja de ruta del servicio de transporte sanitario aéreo.

f) Servicio de transporte secundario con transporte sanitario acuático (fluvial o marítimo):
1) Copia del formulario 053, en los casos determinados en el presente Reglamento; excepto para transporte secundario a domicilio.
2) Copia del Formulario 119 – Transporte Secundario.
3) Copia de la bitácora de viaje.

Art. 80.- Documentos requeridos para servicios de hemodiálisis. – Además de los documentos generales que constan en el artículo 73, para los trámites de hemodiálisis, se requerirán los siguientes documentos:

a) De manera mensual los prestadores deberán presentar los siguientes documentos:
1) Reporte de hemodiálisis diario de sesiones por cada mes.
2) Registro de la asistencia a las sesiones de hemodiálisis por cada mes.
3) Copias simples de los resultados de exámenes complementarios según lo dispuesto en el paquete de hemodiálisis.
4) Acta de entrega-recepción, solo para la Red Privada Complementaria.

b) De manera trimestral, en los meses de enero, abril, julio y octubre, hasta el último día hábil de cada mes:
1) Informes médicos del estado general de los usuarios/pacientes en el que se especifique su evolución clínica, el estado de la enfermedad, el estado nutricional, psicológico, la valoración médica y el tratamiento

c) De manera semestral los prestadores deberán presentar, en los meses de enero y julio,

el informe de trabajo social, por cada usuario/paciente.

En el informe respectivo, se debe evidenciar los servicios descritos en las prestaciones integrales (paquetes) del Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud.

Art. 81.- Documentos requeridos para servicios de diálisis. – Además de los documentos generales que constan en el artículo 73, para los trámites de diálisis peritoneal, se requerirán los siguientes documentos:

a) De manera mensual los prestadores deberán presentar los siguientes documentos:
   1) Registro mensual de visita domiciliaria u hoja de ruta.
   2) Copia de los resultados de exámenes complementarios.
   3) Acta de entrega-recepción del servicio, solo para la Red Privada Complementaria.

b) De manera semestral, en los meses de enero y julio, los prestadores deberán presentar:
   1) El informe de capacitación al usuario/paciente o a su representante o acompañante.

c) De manera anual, en el mes de enero, los prestadores deberán presentar:
   1) Declaración juramentada de no haber reutilizado insumos o dispositivos médicos, que no pueden ser reutilizados, en este tipo de procedimientos, durante ese año.

En el informe respectivo, se debe evidenciar los servicios descritos en las prestaciones integrales (paquetes) del Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud.

Art. 82.- Trasplante. - En el caso de trasplante, un trámite puede estar constituido por uno o más expedientes y la organización de los documentos, que debe enviar el prestador además de los documentos generales que constan en el artículo 73, por cada expediente debe incluir la siguiente información:

a) Planilla consolidada, si existe un paquete establecido en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud;
b) Planilla detallada, en los casos en los que un trasplante no cuente con un paquete establecido en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud;
c) Código de validación, únicamente para los prestadores de la Red Privada Complementaria.
d) Acta de entrega-recepción del servicio, solo para la Red Privada Complementaria.
e) Certificado de afiliación a la seguridad social o consulta en línea de cobertura de salud de la seguridad social.
f) Copia legible del Formulario 053-Referencia, derivación, contra-referencia y referencia inversa; o nota de ingreso a internación/hospitalización en caso de que el criterio médico lo recomiende.
g) Copia del Formulario 006-Epicrisis.
h) Copia del Formulario 008-Emergencia, si el usuario/paciente fue atendido en el servicio de emergencia.
i) Copia del Formulario 018 - Protocolo Quirúrgico (operatorio)
j) Copia del Formulario 018A – Transanestésico (protocolo anestésico).

Art. 83.- Primer Nivel de Atención en Consulta Externa, entre Subsistemas de la RPIS. - En el caso de atenciones de consulta externa, que se brinden en el primer nivel de atención, entre subsistemas de la RPIS, se necesitará, únicamente, estos documentos:

a) Oficio de solicitud de pago;
b) Planilla de cargos consolidada detallada, o el registro de atenciones físicas o digitales que disponga el prestador, como registros de atenciones tales como RDACA, PRAS, AS400 u otros.
c) Certificado de afiliación a la seguridad social o consulta en línea de cobertura de salud de la seguridad social; o certificado del cruce de información a través de base de datos para determinar la cobertura.

Art. 84.- Primer nivel de Atención de la RPC. - Además de los documentos que constan en el artículo 73, para trámites de servicios de salud del primer nivel de atención brindados en la RPC, por derivación a través de los sistemas de agendamiento de las instituciones de la RPIS, efectuado por los servidores del equipo de gestión de pacientes hospitalarios se requerirán lo siguientes documentos:

a) Copia del formulario 053 - referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa; excepto autoderivación, no aplica para beneficiarios de un subsistema de la RPIS que son atendidos en establecimientos de salud de la RPIS.
No aplica para consultas subsecuentes.
b) Copia del formulario 007 Interconsulta – si el usuario/paciente es derivado para una interconsulta o Formulario 053.
c) Copia del Formulario 010A – Formulario 010B anverso, si se requirieron exámenes de laboratorio clínico.
d) Copia del Formulario 012A- Imagenología Solicitud – Formulario 012B Imagenología Informe, de haberse requerido exámenes de imagen o radiología, con su respectivo informe.
e) Copia del Formulario 013A Anatomía Patológica Solicitud - Formulario 013B Anatomía Patológica Informe, si se requirieron exámenes histopatológicos.
f) Copia del Formulario 033, para odontología, según corresponda.
g) Copia del Formulario 002, para consulta externa, según corresponda.
h) Copia del pedido y registro de terapias de rehabilitación recibidas si es el caso

Cuando el agendamiento es gestionado directamente por el afiliado o usuario/paciente de la RPIS, haciendo uso de herramientas tecnológicas como call center, citas médicas a través de páginas web, citas médicas a través de app y otros mecanismos que los subsistemas desarrollen para el efecto, el código de la transacción que informáticamente se genera será considerado como la autorización para dicha derivación, y, por lo tanto el registro de las derivaciones con tiempo, fecha y nombre de usuario del sistema informático será el documento habilitante que remplazará al código de validación y a los formularios de la Historia Clínica Única enunciados previamente.

En ningún caso se solicitará informes, copias totales o parciales de la Historia Clínica Única, u

otro documento no mencionado en este Reglamento con el objeto de justificar prestaciones.

SECCIÓN 2
DE LOS TIEMPOS DEL PROCESO

Art. 85.- Término para la recepción. - El prestador de servicios de salud enviará a los financiadores/aseguradores públicos, los documentos para el reconocimiento económico, desde el primero hasta el último día laborable del mes siguiente al de realizadas las atenciones.

En los casos de usuarios/pacientes de larga estancia hospitalaria o que requieran atención continua, la presentación de la planilla podrá ser con corte mensual, desde el primero hasta el último día laborable del mes siguiente al de realizadas las atenciones.

Para trámites rechazados, el prestador de servicios de salud enviará a los financiadores/aseguradores públicos, los documentos para el reconocimiento económico, desde el primero hasta el último día laborable del mes siguiente al mes de rechazo del trámite.

Los trámites referentes a prestaciones brindadas en el primer nivel de atención en instituciones de la RPIS, podrán ser presentadas en el plazo de hasta seis (6) meses, contados desde el fin del año fiscal, en el que se brindaron las prestaciones.

Art. 86.- Término para revisión documental. - La revisión documental se realizará en el término de hasta diez (10) días laborables, luego de recibida la documentación, en caso de que el trámite no sea devuelto, se continuará con el proceso de auditoría.

En el caso de que el trámite sea devuelto, el prestador podrá volver a presentar el trámite hasta el último día laborable del mes siguiente; este tipo de trámites no se considerarán como extemporáneos.

Art. 87- Término para la auditoría del proceso de ACFSS. – El proceso inicial de ACFSS, se deberá realizar en el término de hasta cuarenta y cinco (45) días laborables, contados a partir de la finalización de la revisión documental del trámite.
Los tiempos serán considerados desde la fecha de recepción del trámite con la documentación de respaldo completa.

En cuanto al cumplimiento de plazos para el proceso de auditoría, a la actividad y silencio administrativo, se estará a lo dispuesto en el Código Orgánico Administrativo.

Art. 88.- Término para el proceso de auditoría en casos de trasplante. - En el caso de trámites por servicios de trasplantes, que se pagan con precio de paquete institucional, el proceso inicial de ACFSS deberá cumplirse en un término de hasta ocho (8) días laborables, contados desde la fecha de recepción del trámite.

Los financiadores/aseguradores priorizarán el reconocimiento económico para los servicios de trasplante, de manera que esté garantizado el financiamiento del pago oportuno para asegurar la sostenibilidad de los programas de trasplante en el país; y, dispondrán el pago de la prestación inmediatamente de cumplida la ACFSS.

Art. 89.- Término para presentación y recepción del levantamiento de objeciones. – Luego de terminado el plazo de la primera auditoría del proceso de la ACFSS, se emitirá el informe de liquidación, en el que se incluirán las objeciones que corresponda.

A partir de la fecha de notificación del señalado informe al prestador, misma que podrá hacerse por cualquier medio físico o digital, por parte del financiador/asegurador público, el prestador tendrá el término de hasta cuarenta y cinco (45) días laborables, contados desde la notificación de las objeciones, para presentar los soportes que justifiquen las objeciones documentales y/o técnicas-médicas y/o financieras.

Pasado el término de cuarenta y cinco (45) días laborables, sin que se hayan presentado los soportes que justifiquen las objeciones documentales y/o técnicas-médicas y/o financieras, se considerarán como aceptadas las objeciones realizadas en la ACFSS y no se aceptará reclamo posterior.

Art. 90.- Término de la auditoría para el levantamiento de objeciones. - La auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud para el levantamiento de objeciones, tendrá un término de hasta cuarenta y cinco (45) días laborables, contados a partir de la recepción de la documentación de respaldo completa.

El proceso de ACFSS de levantamiento de objeciones, deberá constatar las mismas, contrastándolas con la copia del informe de liquidación del primer proceso de auditoría.

Art. 91.- Término para emitir la orden de pago. - La orden de pago se efectuará una vez concluido el proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud, en un término de hasta treinta (30) días laborables posterior a la entrega de la factura.

Art. 92.- Término de entrega de informe de liquidación en financiamiento/coberturas compartidas. – Para la entrega del oficio, planilla consolidada e informes de liquidación por tipo de servicio y mes de prestación, en el caso de financiamiento/coberturas compartidas, desde el prestador al financiador/asegurador, el prestador tendrá el término de hasta veinte (20) días laborables, a partir de la recepción del informe de liquidación.

Art. 93.- Término para emitir la orden de pago en financiamiento/coberturas compartidas. - El pago del financiamiento/coberturas compartidas, deberá realizarse en el término de hasta veinte (20) días laborables, a partir de la recepción del informe de liquidación, mismo que incluirá oficio y el listado con el registro de los beneficiarios de financiamiento/cobertura compartida (se podrá utilizar el formato de planilla de cargos) y la factura.

SECCIÓN 3
DE LAS FASES DE LA AUDITORÍA

Art. 94.- Fases de la Auditoria. - Las Fases de la auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud - ACFSS, son las siguientes:

a) Control documental (recepción documental, revisión documental).

b) Control técnico médico (revisión de pertinencia, técnica médica).
c) Control de tarifas y liquidación (revisión técnica de tarifas).

Parágrafo I
Del Control Documental

Art. 95.- Control documental. – El proceso de control documental tendrá como fin la recepción y revisión de los documentos presentados por el prestador de servicios de salud, que solicita el pago de las prestaciones de servicios de salud efectivamente brindadas.

El personal administrativo o financiero de las instituciones financiadoras/aseguradoras de la RPIS, deberán realizar este proceso al total de expedientes presentados por el prestador del servicio de salud.

Art. 96.- Recepción documental. – El personal administrativo o financiero de las instituciones financiadoras/aseguradoras de la RPIS, deberá receptar la documentación que consta en el artículo 73 literales a y b; y, la existencia de la cantidad de expedientes.

Verificará la existencia y consistencia de la información de los documentos descritos.

Los motivos de objeciones correspondientes a Recepción Documental se encuentran en el Anexo 10.

Art. 97.- Resultado de la recepción documental. – Una vez concluida la recepción documental, el resultado de la misma podrá ser lo siguiente:

a) Aceptar el trámite que cumpla con todo lo indicado en la lista de chequeo/recepción documental;

b) Devolver el trámite y la documentación que no cumpla con lo indicado en la lista de chequeo. La devolución del trámite no significará rechazo u objeción del mismo.

Art. 98.- Revisión documental. - En esta fase se debe verificar y evaluar que se hayan incluido los documentos específicos, en cada expediente, por cada tipo de servicio; que la información consignada en los documentos habilitantes de cada expediente sea consistente, se encuentre incorporada de manera clara, apropiada y suficiente y que cumpla con las disposiciones de este Reglamento.

Los motivos de objeciones correspondientes a Revisión Documental se encuentran en el Anexo 10

Art. 99.- Resultado de revisión documental. Una vez realizada la revisión documental, el resultado de la misma, podrá ser el siguiente:

a) Rechazo del trámite con un porcentaje de inconsistencias documentales igual o mayor al diez por ciento (10%) del total del número de expedientes, para el efecto, cada expediente se considerará como una unidad de cálculo, a fin de determinar el

porcentaje de inconsistencias.

En los casos en los que el trámite se presente por segunda ocasión y el mismo mantenga igual o mayor porcentaje de inconsistencias, no será rechazado, pero, en el proceso de ACFSS deberá ser objetado.

b) Recepción y procesamiento del trámite que cumple con todo lo indicado en la lista de chequeo de recepción documental.

Art. 100.- Informe. - Una vez concluido el control documental, se deberá emitir un informe con firma de responsabilidad, en el que consten claramente, los comentarios y conclusiones de los expedientes que conforman el trámite.

Parágrafo II
Del Control Técnico Médico

Art. 101.- Control técnico médico. – El control técnico médico es el proceso que determina la pertinencia médica, en este, el profesional médico debe evaluar la razonabilidad y pertinencia de los procedimientos médicos aplicados al usuario/paciente, usando las guías y/o los protocolos nacionales, o a falta de ellos, guías o protocolos internacionales, o medicina basada en evidencia.

El control técnico médico deberá ser realizado, únicamente, por profesionales médicos u odontólogos; en este último caso, solo cuando se trate de procedimientos odontológicos.

Art. 102.- Revisión de pertinencia y competencia médica. – El profesional al que corresponda realizar el control técnico de pertinencia médica, lo realizará siguiendo lo estipulado en este reglamento. En ningún caso podrá aplicar criterios subjetivos.

Los motivos de objeciones correspondientes a control técnico médico de la pertinencia médica se encuentran en el Anexo 10.

En esta etapa, el profesional verificará lo siguiente:

a) La existencia del informe de revisión documental.
b) Que los registros clínicos existan y se detalle en forma completa el estado del usuario/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 usuario/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 en el diagnóstico y procedimientos.
g) Si los medicamentos utilizados constan en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos (CNMB).
h) Si los medicamentos utilizados no constan en el CNMB, en la documentación presentada por los prestadores de salud, se verificará la existencia de la autorización para la

adquisición de los mismos, de acuerdo con la normativa vigente sobre la materia.

i) Que los esquemas utilizados, en el tratamiento del usuario/paciente correspondan a los protocolos nacionales o internacionales; o, a falta de ellos, a la medicina basada en evidencia.
j) La correlación entre los días de estancia hospitalaria y el diagnóstico.
k) Que en los documentos habilitantes para el proceso de ACFSS, se justifique la realización de procedimientos diferentes y/o adicionales a los solicitados en los pedidos del derivador.

Art. 103.- No observación, objeción o débito. - No será motivo de observación, objeción o débito, lo siguiente:

a) El planillaje de dispositivos médicos y/o medicamentos que, aunque no hayan sido utilizados en un procedimiento por causa debidamente justificada, al ser expuestos no pueden utilizarse en otro usuario/paciente, así como el deterioro de la condición o muerte del usuario/paciente, fallas no contempladas en los equipos de soporte del procedimiento, entre otras, que no permitió la utilización del dispositivo médico o medicamento.

   Para su reconocimiento, el prestador del servicio deberá incluir este particular en los documentos habilitantes para el proceso de ACFSS, señalando el destino de los mismos, para la verificación, de considerarse necesario.

b) La prestación de salud que haya sido necesaria, para salvaguardar la vida e integridad del usuario/paciente, aun cuando no haya sido solicitada inicialmente, por el establecimiento de salud que lo derivó y autorizada por el equipo de gestión de pacientes. En estos casos el procedimiento y las causas de su realización deberán estar registradas en los documentos habilitantes para el proceso de ACFSS.

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

d) Estancias de más de ocho (8) horas en un servicio de emergencia, que se justifiquen por criterio médico, o por circunstancias de orden institucional.

e) Las atenciones en servicios de emergencia en los establecimientos de la RPIS, cuando se hayan dado fuera de los horarios habituales de consulta externa, aun cuando esas atenciones no se consideren emergencias, según el listado de prioridades I y II del Sistema del Sistema de Triage Manchester MTS® modificado (Anexo 1).

Art. 104.- Informe de control técnico médico. - Concluida la verificación precedente, el profesional responsable del control técnico médico, elaborará un informe en el que detallará las observaciones u objeciones, y que deberá ser suscrito, con su firma de responsabilidad.

Parágrafo III
Del Control De Tarifas Y Liquidación

Art. 105.- Control de tarifas y liquidación. - Es el proceso técnico, administrativo y financiero, en el que el profesional administrativo o financiero, debe verificar que el valor económico de las prestaciones de servicios de salud solicitadas por el prestador, se encuentre dentro de lo dispuesto en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud vigente, dentro de las tarifas determinadas en convenio; o, dentro de lo autorizado por las disposiciones de la Autoridad Sanitaria Nacional, en casos excepcionales.

Los motivos de objeciones correspondientes a Control de Tarifas y Liquidación se encuentran en el Anexo 10.

Art. 106.- Revisión de tarifas de prestaciones. - El profesional administrativo o financiero, que corresponda, realizará el siguiente procedimiento:

a) Verificar la existencia del informe de revisión documental y del control técnico médico originales, en los que conste el nombre, cargo y firma del responsable, conforme al artículo 72 del presente Reglamento.
b) Verificar la existencia o entrega de la declaración juramentada, según las disposiciones del Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud -TPSN.
c) Comparar los valores registrados para cada prestación de servicios de salud por el prestador del servicio, con los valores definidos en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud-TPSN, como techo máximo de pago.
d) Realizar los ajustes necesarios; y, aplicar los descuentos que se hayan definido en los convenios, de ser el caso.
e) Realizar los ajustes pertinentes entre el número de prestaciones señaladas por el prestador del servicio de salud y las autorizadas por control técnico médico.
f) Revisar, en el caso de personas que sufrieron accidente de tránsito, el informe de liquidación emitido por el SPPAT, o quien haga sus veces.
g) Para el caso de financiamiento/coberturas compartidas, el segundo financiador/asegurador público, únicamente verificará el informe de liquidación y no los informes de revisión documental y control técnico médico.
h) Revisar y aplicar la prelación de pagos, entre financiadores/aseguradores públicos y el SPPAT.
i) Aplicar lo descrito en el literal b, del artículo 107 del presente Reglamento, en cuanto a las facturas de los medicamentos y dispositivos que se hayan utilizado y que no se encuentren dentro del Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos vigente a la fecha.

Art. 107.- Justificación de los medicamentos y dispositivos médicos. - No será necesario, en todos los casos, requerir la factura de cada uno de los medicamentos y/o dispositivos médicos utilizados en los procedimientos o servicios prestados a cada usuario/paciente, la justificación se dará con base en los procesos y documentos que constan a continuación:

a) El control del uso de medicamentos se respaldará, para los prestadores de la RPC, con la declaración juramentada que señale estar cumpliendo con las disposiciones del Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud -TPSNS. Esta declaración se deberá entregar por una sola vez, salvo que exista cambio del representante legal, en la razón social o nombre comercial del prestador de servicios de salud.

b) En el caso de prestadores de servicios de salud de la RPC sin convenios, que hayan atendido a usuarios/pacientes de autoderivación por emergencia, no se requerirá la presentación de la declaración juramentada referida en el literal que antecede. En estos casos la auditoría podrá autorizar los medicamentos que consten en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos vigente y en caso de que los medicamentos no consten en dicho cuadro, se presentará un informe que justifique la utilización de los mismos. Adicionalmente y solo en este último caso, presentará las facturas de los medicamentos y dispositivos que hayan utilizado.

c) En el caso de la RPIS, el control se respaldará en la firma del Convenio Marco Interinstitucional entre el Ministerio del Interior, Ministerio de Defensa, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la Policía Nacional y el Ministerio de Salud Pública para integrar la Red Pública Integral de Salud, vigente a la fecha.

En los casos de los apartados a) y c) no será necesario requerir la factura de cada uno de los medicamentos y/o dispositivos médicos utilizados en los procedimientos o servicios prestados a cada usuario/paciente.

Art. 108.- Objeciones en caso de detectarse incumplimientos en materia de medicamentos y dispositivos médicos. - En caso de que, dentro del proceso de ACFSS, se detecten incumplimientos en los valores planillados de los medicamentos y dispositivos médicos utilizados, se objetará el valor excedente de aquellos medicamentos y dispositivos médicos con sobreprecio.

El prestador podrá presentar los descargos que permita levantar la objeción. De no hacerlo, se procederá al débito; y, se notificará a la máxima autoridad de la institución financiadora/aseguradora pública, para que inicie las acciones legales pertinentes.

Art. 109.- Liquidación. - Como resultado del proceso de ACFSS en la fase de control de tarifas se procederá a realizar la liquidación, misma que incluirá el detalle de los valores aprobados y objetados con el desglose de las objeciones por cada expediente, en caso de existir, y se elaborará el informe de liquidación correspondiente, el cual se remitirá al prestador.

El informe de liquidación que emita el SPPAT, IESS, ISSFA, ISSPOL, MSP, cuando realice el proceso de ACFSS, y existan financiamiento/coberturas compartidas, será el documento habilitante para el pago, por parte de la institución que realizó el proceso de ACFSS y de la institución que debe pagar el excedente no cubierto por el SPPAT y los seguros públicos.

Parágrafo IV
Del Procedimiento De Pago

Art. 110.- Organización documental para el pago. – El profesional administrativo o financiero que realizó el proceso de liquidación y control de tarifas, revisará la organización y existencia de la documentación que se enviará como soporte de los pagos a la instancia pertinente, para lo cual deberá remitir los documentos que constan en el artículo siguiente.

Para el efecto, se aplicará la lista de chequeo / documentos habilitantes para el pago. Los demás documentos utilizados en el proceso de ACFSS, que no se remitan para el proceso de pago, serán entregados a la unidad responsable de archivo de cada financiador/asegurado, a través de un acta de entrega -recepción, para su custodia.

El pago a los prestadores de la RPC se realizará, únicamente, cuando existan convenios vigentes con los financiadores/aseguradores públicos y el permiso de funcionamiento vigente a la fecha de prestación, considerando las excepciones descritas en la norma emitida para su efecto.

Art. 111.- Documentos habilitantes. – Los documentos que se deben remitir, de forma física o digital para el proceso de pago entre los subsistemas de la RPIS, salvo para el pago de las prestaciones de servicios de salud en el primer nivel de atención serán los siguientes:

a) Original del memorando de solicitud de pago.
b) Original de la factura enviada por el prestador de servicios de salud.
c) Original del oficio presentado por el prestador.
d) Original de la planilla consolidada.
e) Original del Informe de liquidación, mismo que podrá ser un solo documento o a su vez un informe individual por cada fase del proceso: Control documental, Control Técnico Médico y Control de Tarifas.
f) Para pagos a la RPC, original del acta de entrega-recepción o planilla individual firmada, para los casos que determina este Reglamento. No aplica para financiamiento/coberturas compartidas.
g) Código de validación emitido para la prestación de servicios de salud en la Red Privada Complementaria.
h) En el caso de trasplante, si el trámite consta de un solo expediente, en lugar de la planilla consolidada, se adjuntará la planilla individual

Para el pago de las prestaciones de servicios de salud en el primer nivel de atención entre los subsistemas de la RPIS, se deben remitir, de forma física o digital los documentos antes señalados con excepción del código de validación.

SECCIÓN 4
DE LAS OBSERVACIONES, OBJECIONES Y DÉBITOS

Art. 112.- Observaciones, objeciones y débitos. - Como resultado del proceso de ACFSS, pueden existir observaciones, objeciones, débitos totales o parciales, que deben ser puestos en conocimiento de los prestadores de servicios de salud, a fin de que sean debidamente subsanados.

No se realizarán objeciones parciales o totales por razones diferentes a las expuestas en el presente Reglamento.

Art. 113.- Observación. - Es el comentario técnico que hace referencia a un error de forma que no afecta el proceso de revisión y 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 continua.

Las observaciones deben incluirse en el informe de liquidación como recomendaciones.

Art. 114.- Objeción. – Es el argumento técnico, con base en el presente Reglamento, realizado en el proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud que genera el no pago temporal, que puede o no ser solventada por el prestador de servicios de salud. Las objeciones pueden ser parciales o totales.

El prestador de servicios de salud, dentro de los tiempos establecidos en el artículo 89 del presente Reglamento, 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.

Art. 115.- Objeción parcial. - La objeción parcial afecta a uno o varios componentes del expediente o ítems de la planilla, y permite que continúe el proceso de la ACFSS. El valor no objetado será pagado y las objeciones serán comunicadas al prestador en el informe de liquidación para la respectiva justificación.

Art. 116.- Objeción total. - La objeción total afecta a todo el expediente o a toda la planilla. Inhabilita el pago de las prestaciones de servicios de salud. La objeción total será notificada al prestador de servicios de salud, en el informe de liquidación, a fin de que retire de la institución financiadora/aseguradora, el expediente íntegro, previa la suscripción del Acta Entrega - Recepción.

Art. 117.- Levantamiento de objeciones. - Para el levantamiento de objeciones se evaluará la pertinencia y consistencia técnica de las justificaciones enviadas por el prestador de servicios de salud y, de ser el caso, se procederá al pago del valor justificado.

Se aceptará una sola justificación por trámite para el levantamiento de objeciones, por tanto, el prestador de servicios de salud deberá asegurarse de incluir los respaldos de todas las objeciones documentales, técnicas-médicas y/o financieras.

Las atenciones objetadas, que no se justifiquen, se considerarán débitos definitivos.

El financiador/asegurador al emitir una observación y/u objeción deberá efectuarla de manera clara y concisa.

Este proceso será realizado con base en las objeciones de la primera auditoría y el Equipo de Control Técnico Médico y los analistas de control documental y tarifas no podrán realizar observaciones que no fueron realizadas en la primera auditoría, excepto para objeciones totales, en las cuales no se soporte las prestaciones planilladas.

Pasado el término señalado en el artículo 89 del presente Reglamento, 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.

Una vez finalizado el proceso de ACFSS (primera auditoría y levantamiento de objeciones), el caso se da por cerrado y no existirá un proceso administrativo adicional.

En caso de financiamiento/coberturas compartidas con el SPPAT o entre la RPIS, el proceso de ACFSS de levantamiento de objeciones lo realizará el financiador/asegurador que realizó el proceso de ACFSS de primer ingreso.

Art. 118.- Débito ACFSS. – En caso de débito, el prestador no podrá requerir el pago al usuario/paciente, familiares o acompañante.

Cualquier cobro en este sentido será motivo de la sanción que la Ley prevea.

CAPÍTULO IX
DE LAS OBLIGACIONES Y PROHIBICIONES

Art. 119.- Obligaciones del financiador/asegurador público. – Son responsabilidades y obligaciones del financiador/asegurador público, 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 cada subsistema; y, garantizar la validez de la información proporcionada por los mencionados canales.
b) Cumplir con los procedimientos de derivación de usuarios/pacientes, conforme lo determinado en el presente Reglamento.
c) Emitir el código de validación, para prestadores de la RPC con o sin convenios con la RPIS, cuando corresponda.
d) Disponer del talento humano suficiente para el proceso de Auditoría de la Calidad de la facturación de servicios de salud, a fin de cumplir con los términos estipulados en el presente reglamento.
e) Realizar el pago por las prestaciones de servicios 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.
f) Mantener las bases de datos de los usuarios/pacientes permanentemente actualizadas.
g) Garantizar la continuidad de todos los programas, planes y servicios con los que la institución financiadora/aseguradora pública cuenta, para asegurar el acceso oportuno de los usuarios a las prestaciones de servicios de salud dispuestas en las respectivas leyes y las disposiciones de la Autoridad Sanitaria Nacional.
h) Cumplir con los tiempos y términos establecidos en el presente Reglamento, para lo cual deberá contar con el talento humano y las herramientas tecnológicas necesarias que permitan el cumplimiento de lo dispuesto.
i) Validar la existencia y consistencia de los documentos habilitantes, para el proceso de ACFSS.
j) Garantizar el cumplimiento de los convenios y acuerdos suscritos con otros financiadores/aseguradores públicos y con los prestadores de servicios de salud.
k) Otras que se establezcan en el presente Reglamento y demás normativa aplicable.

Art. 120.- Obligaciones del prestador de servicios de salud. - Son obligaciones del prestador de servicios de salud, las siguientes:

a) Mantener actualizada la cartera de servicios y el detalle de prestaciones de servicios de

salud que tiene disponible.

b) Atender a los usuarios/pacientes, por derivación o autoderivación, sin interponer obstáculo alguno; y, registrar las prestaciones de los servicios de salud otorgados.
c) Verificar en línea la identificación de derecho y cobertura de los usuarios/pacientes, a fin de direccionar su solicitud de pago al financiador/asegurador público que corresponda.
d) Proveer medicamentos y dispositivos médicos de calidad al usuario/paciente; y, contar con los recursos humanos calificados, para garantizar una adecuada atención de salud.
e) Contar con la infraestructura y equipamiento médico y con recursos administrativos y tecnológicos adecuados, que permitan brindar una oportuna y apropiada prestación de servicios de salud.
f) Planillar las prestaciones de servicios de salud de acuerdo con los valores establecidos en el "Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud", y en acuerdos específicos emitidos por la Autoridad Sanitaria Nacional.
g) Implementar los controles necesarios y suficientes que eviten la duplicación de planillas.
h) Apegarse a los protocolos y guías de la buena práctica médica.
i) En el caso de los prestadores de la RPC, suscribir los convenios, que corresponda, con los financiadores/aseguradores públicos.
j) Implementar en los servicios de emergencia y consulta externa, de los prestadores de la Red Privada Complementaria pancartas informativas respecto de las coberturas a los beneficiarios de la RPIS, que indiquen que: "La gratuidad en las atenciones recibidas, se debe a que la Red Pública Integral de Salud (MSP, IESS, ISSFA o ISSPOL) ha pagado por las mismas, en su beneficio".
k) Para los establecimientos de la RPC con o sin convenios con la RPIS, cuando corresponda, no condicionar al usuario/paciente, familiar o acompañante, que renuncie a recibir cobertura por parte de la RPIS, para que se le brinden las atenciones que requiera.
l) Brindar la atención integral de salud que requieran los usuarios/pacientes que hayan sido recibidos en los establecimientos, ni suspender la misma.
m) Presentar de forma adecuada los documentos habilitantes, para el proceso de ACFSS.
n) En los casos en los que se trate de prestadores de salud de la RPC con o sin convenios con la RPIS, será obligatorio que acepten el código de validación otorgado para la cobertura por el financiador/asegurador público, siempre que sean emergencias del listado de prioridades I y II del Sistema de Triage Manchester MTS® modificado.
o) Informar 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 confirmar el nombre del profesional de salud que recibe al usuario/paciente.
p) En los casos en que los prestadores de servicios de salud de la RPIS activen derivaciones para uno o varios servicios que se encuentran dentro de la cartera de servicios propia de la institución, las autoridades del establecimiento de salud, deberán demostrar que se han realizado las gestiones de manera oportuna para tener habilitado dicho servicio, sin lograr los resultados esperados; por lo cual se ven obligados a derivar.
q) Los prestadores que brindan servicios de Terapia de Reemplazo Renal (diálisis/hemodiálisis) deben mantener actualizado el registro de usuarios/paciente en el Registro Ecuatoriano de Diálisis y Trasplante – REDT o el instrumento dispuesto por la Autoridad Sanitaria Nacional.
r) Otras que se establezcan en el presente Reglamento y demás normativa aplicable.

Art. 121.- Prohibiciones a los servidores públicos. - Se prohíbe a los servidores que participen en los procesos de atención a los usuarios/pacientes, gestión de 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) 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 al presente Reglamento.
c) Solicitar otros documentos diferentes a los descritos en este Reglamento.
d) Derivar usuarios/pacientes cuando se evidencie falta de gestión y el servicio se encuentra dentro de su cartera de servicios, aplica para autoridades y médicos responsables de este proceso
e) Otras que se encuentren determinadas en el presente Reglamento.

Art. 122.- Control e intervención. - Las instituciones financiadoras/aseguradoras públicas podrán realizar visitas de control técnico, a fin de verificar que los prestadores con quienes tengan convenio, cumplan con la oferta de servicios que se obligaron y las prestaciones que hayan sido planilladas. Estas visitas in situ, pueden ser o no comunicadas a los prestadores de servicios de salud.

En caso de que un subsistema de la RPIS haya evidenciado irregularidades en la prestación de servicios de salud o en los procesos administrativos de un prestador de servicios de salud, informará lo sucedido al órgano regular de su propio subsistema y este a la Autoridad Sanitaria Nacional para que disponga la visita técnica de una comisión interinstitucional de la RPIS, que se enfocará en la verificación de lo reportado y establecerá las acciones que correspondan en el marco legal vigente.

El informe de la Comisión Interinstitucional de la RPIS, designada para el efecto, determinará si el prestador de servicios de salud continúa o no como prestador de la RPIS.

Para su habilitación se aplicará lo dispuesto en el artículo 124 del presente Reglamento.

CAPÍTULO X
DE LOS INCUMPLIMIENTOS

Art. 123.- Sanciones a funcionarios públicos. - El incumplimiento de las obligaciones constantes en el presente Reglamento, por parte de funcionarios y servidores públicos, se sancionarán conforme lo previsto en la Ley Orgánica del Servicio Público y su Reglamento. Para el efecto, será responsabilidad de los servidores responsables de las unidades a cargo de cada uno de los procesos detallados en este reglamento de cada institución, realizar mensualmente el monitoreo de su cumplimiento y emitir a las diferentes direcciones encargadas del talento humano el listado con los servidores responsables de los incumplimientos encontrados, a fin de que dicha unidad proceda con el régimen disciplinario respectivo.

Las sanciones previstas en la Ley Orgánica del Servicio Público y su reglamento se aplicarán sin perjuicio de la responsabilidad civil y/o indicios de responsabilidad penal, que podrá imponer la Contraloría General del Estado, en cumplimiento de sus funciones de auditoría y control.

Art. 124.- Irregularidades en la prestación de servicios. – La Comisión Interinstitucional de la RPIS a la que hace referencia el artículo 122 de este Reglamento, penará a los prestadores que incurran en irregularidades en la prestación de servicios de salud o en los procesos administrativos, conforme lo dispuesto en dicho artículo, con la suspensión de la contratación del servicio al prestador, por un plazo de treinta (30) a noventa (90) días, que será determinado por la referida Comisión Interinstitucional de la RPIS, con base en el resultado de la visita in situ y la realidad territorial; de no existir consenso por parte de los miembros de la comisión, el tiempo de suspensión lo determinará la máxima autoridad de cada entidad de la RPIS.

CAPÍTULO XI
DE LOS ANEXOS – FORMULARIOS

Art. 125.- Anexos y formularios. - Para facilitar los procesos regulados en este Reglamento se aplicarán los siguientes documentos según corresponda:

- Anexo 1 Lista de prioridad I y II del Sistema de Triage Manchester MTS® modificado
- Anexo 2 Oficio de solicitud de pago
- Anexo 3 Oficio de requerimiento de muestras múltiples.
- Anexo 4 Lista de muestras múltiples enviadas.
- Anexo 5 Lista de muestras múltiples efectivamente procesadas.
- Anexo 6 Informe trimestral de servicios de diálisis
- Anexo 7 Acta entrega recepción de servicios de salud.
- Anexo 8 Acta entrega recepción servicio de diálisis/hemodiálisis
- Anexo 9 Lista de chequeo: Recepción documental/ Revisión Documental / Pertinencia Médica / Documentos Habilitantes para el pago.
- Anexo 10 Lista de chequeo – Motivo de Objeciones.
- Anexo 11 Documentos habilitantes – Disposición Transitoria Primera

DISPOSICIONES GENERALES

PRIMERA. - En caso de desastre natural, conmoción nacional, declaratoria de estado de emergencia, estado de excepción u otros similares se aplicarán los lineamientos emitidos por la Autoridad Sanitaria Nacional o la entidad designada por la máxima autoridad del país, con la finalidad de establecer las directrices que permitan cumplir con los plazos de entrega de las prestaciones brindadas por la RPIS y RPC, para el proceso de la ACFSS.

SEGUNDA. – En casos fortuitos o de fuerza mayor en donde las circunstancias permitan calificar a los mismos como hechos imprevistos, inevitables e irresistibles y ajenos a la voluntad del prestador de servicios de salud; la institución financiadora/aseguradora de la RPIS podrá suspender los plazos de aplicación del proceso de ACFSS, y podrá aceptar trámites por fuera de los tiempos y términos previstos en este Reglamento.

TERCERA. - Los trámites anteriores a la vigencia de este Reglamento, que se encuentren en

cualquiera de las fases de la auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud, deberán ser concluidos conforme a la normativa vigente a la fecha de la prestación del servicio de salud exceptuando lo que menciona la transitoria primera.

CUARTA. - Los subsistemas podrán externalizar el proceso de Auditoría de la Calidad de la Facturación de Servicios de Salud, siguiendo los debidos procesos determinados por la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública o quien haga sus veces y demás normativa aplicable.

En el proceso externalizado se aplicará lo determinado en el presente Reglamento.

QUINTA. - Los prestadores de servicios de salud de la Red Privada Complementaria con o sin convenios, que hayan prestado servicios a los pacientes o usuarios de las instituciones financiadoras/aseguradoras públicas, podrán contratar servicios de auditoría de servicios de salud externos, de compañías o entidades auditorias calificadas por la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada. Dichas auditorías podrán ser presentadas junto con los trámites para el proceso de pago.

Las instituciones financiadoras/aseguradoras públicas, aceptarán las auditorías realizadas por compañías o entidades auditoras de servicios de salud externas calificadas, a fin de proceder con la autorización de pago de los servicios brindados, sin perjuicio de que puedan realizar observaciones a las mismas o de ser necesario realizar nuevos procesos de ACFSS.

SEXTA. - En el caso de trámites rezagados, que no se hayan presentado o que se encuentren dentro del proceso de la ACFSS antes de la expedición de este Reglamento, los prestadores de servicios de salud podrán presentarlos, para su procesamiento dentro del plazo de diez (10) años para la prescripción de las acciones ordinarias, conforme lo establecido en el artículo 2415 del Código Civil.

En el caso de trámites que generen obligaciones de pago que hayan superado el tiempo previsto en el inciso anterior, las mismas se considerarán obligaciones naturales, conforme lo establecido en el artículo 1486 del Código Civil, siendo potestativo de los financiadores/aseguradores públicos el procesamiento de dichos trámites y el pago correspondiente.

SÉPTIMA. - Los financiadores/aseguradores públicos podrán derivar pacientes a otros proveedores de servicios de salud públicos, tales como los que brindan los gobiernos autónomos descentralizados u otros servicios públicos con los que existan vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad, para lo cual deberán suscribir los respectivos convenios.

Para la derivación y relacionamiento con dichos prestadores de servicios de salud públicos, se aplicarán las mismas normas que constan en el presente Acuerdo Ministerial, para el relacionamiento entre los miembros de la Red Pública Integral de Salud.

OCTAVA. - Para los casos en los cuales se requiera del uso de equipos de mediana o alta complejidad y que no cuenten con unidad de valor relativo en el Tarifario Nacional de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, el prestador de servicios deberá garantizar la integralidad de la atención y brindará la atención necesaria, para lo cual se reconocerá el pago

de alquiler de equipos.

El reconocimiento económico se realizará, siempre que se demuestre que el equipo era necesario para el tratamiento del paciente y cuando las mismas se encuentren dentro de la cartera de servicios autorizada, según el nivel de complejidad del establecimiento.

NOVENA. - La Autoridad Sanitaria Nacional para el reconocimiento económico en la Red Pública Integral de Salud y en la Red Privada Complementaria, además de los valores que constan en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, podrá definir otras modalidades de pago y de aplicación de tarifas, tales como la suscripción de convenios con prestadores de servicios de salud, a fin de facilitar el pago de los mismos conforme el nivel de atención de salud que reciban los usuarios de cada subsistema.

DÉCIMA. - Las unidades de talento humano de las entidades de la RPIS, que realicen actividades de gestión de pacientes, derivaciones y procesos de auditoría de calidad de facturación, deberán suscribir compromisos de confidencialidad con los servidores o funcionarios que realicen estas actividades en cada una de dichas entidades

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

PRIMERA. - Los financiadores/aseguradores públicos receptarán los trámites que no se hayan procesado antes de la expedición de este Reglamento y aplicarán el procedimiento descrito en esta transitoria:

Cada financiador/asegurador público, en el término de hasta noventa (90) días contados desde la publicación de este Reglamento en el Registro Oficial, definirá en su normativa interna los plazos para el ingreso y procesamiento de trámites rezagados, ingresados por primera vez y levantamiento de objeciones.

Los trámites que se hubieran presentado, mientras estuvo vigente el Acuerdo Ministerial 367-2019, se procesarán con base en dicha normativa.

Los documentos que se requerirán para el procesamiento de los trámites rezagados que se ingresen por primera vez, así como del levantamiento de objeciones, independientemente del tiempo en el que se haya brindado la prestación serán los que constan en el Anexo 11 de este Reglamento.

Las justificaciones de objeciones que se ingresen como trámites rezagados, a partir de la publicación del presente Acuerdo Ministerial, se sujetarán a los documentos habilitantes que constan en el Anexo 11.

No se aceptarán alcances a los trámites presentados antes de la expedición de este Reglamento.

No se considerará como alcance a aquellos expedientes que ingresaron a un subsistema de diferente cobertura (coberturas compartidas).

El pago se efectuará de acuerdo a la disponibilidad presupuestaria de cada subsistema, quienes

deberán tomar las medidas pertinentes que les permita contar con los recursos suficientes (humano y económico) para cumplir con el proceso de ACFSS y pago.

Adicionalmente, en caso de que el prestador de servicios de salud o el financiador/asegurador público lo consideren pertinente, podrán solicitar procesos de mediación para determinar los valores pendientes y acordar el pago de estos, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 16 del Reglamento de la Ley de Arbitraje y Mediación.

SEGUNDA. - Para el reconocimiento económico de las atenciones que se realicen en el primer nivel de atención entre las instituciones de la RPIS, se estará a lo dispuesto en el artículo 83 de este Reglamento, hasta que el Ministerio de Salud Pública desarrolle el proceso de adscripción territorial y asignación per-cápita y emita la normativa correspondiente.

TERCERA. - En el término de sesenta (60) días, contados a partir de la vigencia del presente reglamento, cada subsistema de la Red Pública Integral de Salud deberá actualizar su normativa interna que corresponda, a fin de que la misma se adapte a las disposiciones de este Acuerdo Ministerial.

CUARTA. - En el término de hasta sesenta (60) días, contados desde la vigencia del presente Acuerdo Ministerial, las máximas autoridades de cada subsistema de la Red Pública Integral de Salud deberán tomar las acciones necesarias a fin de que se lleve a cabo las capacitaciones necesarias para cada uno de sus niveles desconcentrados y para los funcionarios que vayan a aplicar las disposiciones de este Reglamento.

QUINTA. – En el término de ciento veinte días (120), contados desde la vigencia del presente Acuerdo Ministerial, la Autoridad Sanitaria Nacional emitirá la normativa necesaria para la calificación de compañías o entidades que brinden servicios de auditoría de servicios de salud de forma externa.

Una vez expedida la normativa estipulada en el inciso anterior, en el término de sesenta (60) días la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada ACESS, implementará el proceso de calificación de las entidades o compañías indicadas en el inciso anterior.

DISPOSICIÓN REFORMATORIA

ÚNICA. – Refórmese la "*Norma para la Selección y Adquisición de Servicios de Salud de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y de la Red Privada Complementaria (RPC)*", expedida mediante Acuerdo Ministerial No. 0217-2018, publicada en el Registro Oficial No. 279 de 09 de julio de 2018, de la siguiente manera:

1.- Sustitúyase el texto del artículo 4 por el siguiente:

*"**Art. 4.- De la Calificación de Prestadores**. - Para ser considerado prestador de servicios de salud de la RPIS, el establecimiento de salud deberá manifestar esta intención solicitando su inscripción en el Registro de Prestadores de Servicios de Salud de la RPIS, en la Coordinación Zonal de Salud de su localidad.*

Para efectos de la presente Norma, la calificación que servirá como habilitante de los establecimientos de salud para ser considerado como prestador de servicios de salud de la RPIS, será la calificación establecida oficialmente por la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada -ACESS- para el otorgamiento del permiso de funcionamiento.

Cuando el establecimiento de salud cuente con el permiso de funcionamiento, solicitará, de ser su interés, ser inscrito en el Registro de Prestadores de Servicios de Salud a la RPIS, con lo que estará habilitado para ser prestador de servicios de salud de la RPIS.

Una vez que el establecimiento de salud esté habilitado para ser prestador de la RPIS, recibirá una certificación que le acredite como tal, suscrita por el /la Coordinador/a Zonal de Salud de la jurisdicción que le corresponda.

La vigencia del certificado estará acorde a lo señalado en el permiso de funcionamiento, en el caso de que dicha gestión se encuentre en trámite de renovación, se extenderá su vigencia hasta la emisión de nuevo permiso de funcionamiento.
La Coordinación Zonal informará a los miembros de la RPIS sobre los establecimientos de salud habilitados para ser prestadores de la RPIS, para su consideración en la firma de convenios de prestación de servicios de salud, sin que sea necesario otro proceso de calificación.

En caso de que el prestador de servicios de salud no obtenga el permiso de funcionamiento/licenciamiento o su renovación, es responsabilidad del ACESS o quien haga sus veces, notificar a la Coordinación Zonal de Salud correspondiente, a fin de que informe de este particular a los subsistemas de la RPIS, para que estos elaboren los planes de contingencia que permitan la continuidad y oportunidad de la atención de salud de los usuarios/pacientes.

En ningún caso la inscripción de un establecimiento de salud en el Registro de Prestadores de Servicios de Salud de la RPIS, obliga a los miembros de la RPIS a contratar los servicios del establecimiento o a derivar pacientes para su atención."

2.- Sustitúyase el texto del artículo 5 por el siguiente:

"Art. 5.- De la elaboración de los convenios.- Los financiadores de la Red Pública Integral de Salud podrán suscribir convenios para la prestación de los servicios de salud de conformidad a sus necesidades propias, para el efecto deberán observar el marco constitucional y legal vigente para el sector salud, así como lo dispuesto en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud y la normativa para el relacionamiento y reconocimiento económico, emitidos por la Autoridad Sanitaria Nacional. Para este fin se utilizará como referencia los convenios tipo establecidos por el Ministerio de Salud Pública, en coordinación con los integrantes de la RPIS, sin perjuicio de que cada entidad financiadora/aseguradora pública puedan negociar mejores términos contractuales con los establecimientos de salud privados o de la red privada complementaria.

Los convenios que subscriban los subsistemas para efectos de este artículo, serán de naturaleza marco y no requerirán de certificación de disponibilidad presupuestaria previa, toda vez que no

estipularán cuantía alguna, en razón de que las prestaciones brindadas se cancelarán individualmente, conforme a lo dispuesto en el artículo 6 de este instrumento. Estos convenios estarán vigentes mientras el establecimiento de salud cuente con el permiso de funcionamiento vigente.

Debido a que la razón de ser del SPPAT es garantizar la protección de todas las personas que se trasladan de un lugar a otro a través de la red vial del Ecuador, sin oponer exclusiones de ninguna naturaleza, no deberá suscribir convenios para la prestación de los servicios de salud, ya que podría limitar la atención prioritaria a las víctimas de siniestros de tránsito.

En caso de que el establecimiento de salud requiera recibir un pago anticipado, acogiéndose al procedimiento previsto en el numeral 2) del artículo 6 de esta Norma, se deberá suscribir un convenio adicional al convenio marco previsto en el inciso anterior, en el que se estipule la entrega del anticipo, su valor, la forma de su amortización y el plazo para el cual se entrega el anticipo. Para el efecto, se deberá contar con la respectiva certificación de fondos previa y el establecimiento de salud deberá rendir una garantía bancaria o póliza de seguro por el valor total del anticipo que reciba, previo a su entrega.

En los casos de que el máximo órgano de decisión del prestador de servicios de salud de la Red Privada Complementaria, resolviere realizar cambios en su estructura societaria, tales como procesos de fusión, absorción o escisión establecidos en la Ley de Compañías; el prestador deberá cumplir con el procedimiento de notificación al financiador/asegurador público sobre dichos cambios, con un plazo de anticipación de por lo menos dos (2) meses. Los cambios societarios que realice no afectarán ni interrumpirán el servicio de salud que prestan a los usuarios/pacientes.

Para la aplicación de los cambios societarios antes referidos, se aplicará lo previsto en el artículo 1628 del Código Civil, a través de la figura de la subrogación de derechos y obligaciones".

3.- Agréguese al final del numeral 1 del artículo 6, el siguiente inciso:

"(...) Cuando se remitan usuarios/pacientes a prestadores que tengan convenio suscrito con un subsistema financiador/asegurador público que derive a un usuario/paciente; y, dicho prestador no tenga convenio suscrito con el financiador/asegurador que pagará la cobertura, se reconocerá el pago por dichas coberturas, conforme lo descrito en este artículo".

DISPOSICIÓN DEROGATORIA

ÚNICA. - Deróguese todas las normas de igual o menor jerarquía que se oponga a las disposiciones del presente Acuerdo Ministerial, expresamente el Acuerdo Ministerial No. 000091 de 19 junio de 2017, publicado en la Edición Especial del Registro Oficial Nro. 20 de 28 junio de 2017, a través del cual se expidió la "Norma Técnica Sustitutiva de Relacionamiento para la Prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria, y su Reconocimiento Económico".

DISPOSICIÓN FINAL

El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial , y de su ejecución encárguese al Viceministerio de Atención Integral en Salud, mediante la Subsecretaría de Redes de Atención Integral en Primer Nivel, a través de la Dirección Nacional de Gestión de Usuarios y Pacientes, la Dirección Nacional de Atención Integral en Salud, la Dirección Nacional de Discapacidades, Rehabilitación y Cuidados Paliativos; y, de la Subsecretaría de Atención de Salud Móvil, Hospitalaria y Centros Especializados, a través de la Dirección Nacional de Servicio de Atención de Salud Móvil, la Dirección Nacional de Hospitales y la Dirección Nacional de Centros Especializados; al Viceministerio de Gobernanza de la Salud a través de la Subsecretaria de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, mediante la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria; a la Red Pública Integral de Salud mediante el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, a través de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar y del Seguro Social Campesino; al Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas a través de la Dirección del Seguro de Salud, la Dirección General de Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Dirección de Gobernanza de la Salud; a la Policía Nacional a través de la Dirección Nacional de Atención Integral en Salud, al Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional a través de la Dirección Nacional de Prestaciones de Salud; y al Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito.

Dado en la ciudad de Quito, Distrito Metropolitano, a 12 MAYO 2023

JOSE LEONARDO RUALES ESTUPINAN

Dr. José Leonardo Ruales Estupiñan
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

ANEXO 1
LISTADO DE PRIORIDADES SISTEMA DE TRIAGE MANCHESTER MTS® MODIFICADO

LISTADO A.
LISTA DE CONDICIÓN DE SALUD SEGÚN PRIORIDAD I - TRIAGE MANCHESTER MTS® MODIFICADO

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:
    - Víctima de accidente de tránsito.
    - Quemaduras con extensión mayor del 20% de la superficie corporal total.
    - Dos o más fracturas de huesos largos proximales.
    - Lesiones en extremidades con compromiso neurovascular.
    - Herida de bala o arma blanca con penetración de cavidades.
    - Sospecha de traumatismo vertebro medular.
    - Evisceración.
    - Amputación o herida amplia con sangrado no controlado.
    - 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 cardíaca < 50 x min.
  - Frecuencia cardíaca > 150 x min.
  - Presión arterial sistólica < 90 mm Hg.
  - Presión arterial sistólica > 220 mm Hg.

- Presión arterial diastólica > 110 mm Hg o 30 mm Hg por encima de su basal.
- Frecuencia respiratoria > 35 x min.
- Frecuencia respiratoria < 10 x min.

- **Pediátrico – Lactante**
  - Frecuencia cardíaca ≤ 60 x min.
  - Frecuencia cardíaca ≥ 200 x min.
  - Presión arterial sistólica < 60 mm Hg.
  - 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 cardíaca ≤ 60 x min.
  - Frecuencia cardíaca ≥ 180 x min.
  - Presión Arterial Sistólica < 80 mm Hg.
  - Frecuencia respiratoria > a 40 x min. (sin fiebre).
  - Saturación de oxígeno ≤ a 85%.

19. Cambios en el estado mental: letargia, delirio, alucinaciones, llanto débil.
20. Suicidio frustrado.
21. Intento suicida.
22. Crisis de agitación psicomotora con conducta heteroagresiva.
23. Intoxicaciones por ingesta o contacto.
24. Apnea paroxística.
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 graves 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 II - TRIAGE MANCHESTER MTS® MODIFICADO

Pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias, cuya atención debe realizarse en un tiempo de espera no mayor o igual de 10 minutos desdesu 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 y sincompromiso 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 súbita 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 ysufrimiento 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 neuro vasculares, óseas u otras, que requiere sutura inmediata.
17. Trauma ocular grave (perforación, laceración, avulsión) o desprendimiento deretina.
18. Síndrome febril o infección en paciente inmunocomprometido.
19. Pacientes post-operados de cirugía altamente especializada o pacientes enprograma 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 vascular 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 (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 pos-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.

Cualquier otro caso que amerite atención inmediata en emergencia y que afecte la condiciónde salud del paciente.

ANEXO 2

OFICIO DE SOLICITUD DE PAGO

(RAZÓN SOCIAL DEL PRESTADOR Y LOGO INSTITUCIONAL)

Oficio No.:
Ciudad y fecha:
Señores: (Autoridad máxima de la entidad financiador/aseguradora)
Institución: (MSP, ISSFA, IESS, ISSPOL)

ASUNTO: Remitiendo planillas por las atenciones prestadas a los beneficiarios del (MSP – IESS – ISSFA – ISSPOL), en el servicio de (*Internación/Hospitalización – Hospital del día - Emergencia – Trasplante - Ambulatorio – Diálisis/ Hemodiálisis – Pre hospitalario*), durante el mes de (*registrar el mes de prestación*) del 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 *(Internación/Hospitalización – Hospital del día - Emergencia – Trasplante - Ambulatorio – Diálisis/ Hemodiálisis – Pre hospitalario)*, correspondiente al mes de *(registrar el mes de prestación)* del año *(registrar el año)*, el total de (*número de expedientes*) expedientes.

Para que se realicen, el debido proceso de ACFSS:

Primera auditoria: (*marque con X sí corresponde*) Levantamiento
de objeciones: (*marque con X sí corresponde*)

La planilla consolidada y el correspondiente respaldo magnético de la información de los usuarios/pacientes atendidos en esta Unidad de Salud, por (*monto total en dólares, número y letras*), que luego de los controles del caso, agradeceré sean depositados en la cuenta bancaria registrada en su Departamento Financiero.

Particular que remito a usted, para los fines consiguientes.

Atentamente,

_____
(Máxima Autoridad de la casa de Salud
Cargo de la autoridad)

ANEXO 3

OFICIO DE REQUERIMIENTO DE MUESTRAS MÚLTIPLES

(RAZÓN SOCIAL DEL PRESTADOR Y LOGO INSTITUCIONAL)

Oficio No.:
Ciudad y fecha:
Señores: (Autoridad máxima de la entidad financiador/aseguradora)
Institución: (MSP, ISSFA, IESS, ISSPOL)

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)* del 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,

_____
Máxima Autoridad de la casa de Salud
Cargo de la autoridad
Nombre del establecimiento de Salud solicitante.

ANEXO 4

(RAZÓN SOCIAL DEL PRESTADOR Y LOGO INSTITUCIONAL) LISTADO DE USUARIOS/PACIENTES DE MUESTRAS MÚLTIPLES ENVIADAS

Ciudad y 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

Realizado por:

(firma física)

Nombre:
Nº CC:
Cargo:

Autorizado por:

Nombre:
Nº CC:
Cargo:

ANEXO 5
(RAZÓN SOCIAL DEL PRESTADOR Y LOGO INSTITUCIONAL) LISTADO DE USUARIOS/PACIENTES DE LAS MUESTRAS MÚLTIPLES EFECTIVAMENTE PROCESADAS DE LAS CUALES SE EMITIÓ LOS RESULTADOSAL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DERIVADORA.

Ciudad y Fecha de envío de las muestras: _____

Examen de apoyo diagnóstico realizado: _____

Código de Validación (*solo para RPC*): _____

Ord.	Número de cédula usuario/paciente	APELLIDOS usuario/paciente	NOMBRES usuario/paciente

Realizado por:

(firma física)

_____
Nombre:
Nº CC:
Cargo:

Autorizado por:

_____
Nombre:
Nº CC:
Cargo:

ANEXO 6

(RAZÓN SOCIAL DEL PRESTADOR Y LOGO INSTITUCIONAL)

INFORME TRIMESTRAL DEL SERVICIO DE DIÁLISIS

(Señalar período:)

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Apellidos y Nombres: _____

Nro.CI.: _____

Nro. Historia: _____

Dirección domicilio: _____

Contacto: _____

INFORMACION CLÍNICA

Tiempo del usuario/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 CLÍNICA

_____

INTERCONSULTAS ESPECIALISTAS

_____

_____

_____

TRATAMIENTO

_____

_____

_____

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

Médico Tratante:_____Firma: _____

ANEXO 7

RAZÓN SOCIAL DEL PRESTADOR Y LOGO INSTITUCIONAL

ACTA ENTREGA RECEPCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Prestador:	
Persona de contacto:	
Teléfono:	E-mail
Mes y año de prestación:	Código CIE 10:
Código de validación /RPC:	
Número de historia clínica:	
Tipo de servicio entregado:	

Nombre del beneficiario (dos apellidos y dos nombres)	
No. Documento de identificación	

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 el presente Reglamento de relacionamiento.

Además, tengo conocimiento el acápite que refiere a la Coordinación de pagos y tarifas que indica textualmente:

"En caso de objeción o débito, el prestador no podrá requerir el pago al usuario/paciente, familiares o acompañante. Cualquier cobro en este sentido será motivo de la sanción que la Ley prevea"

_____(firma)
Nombre y Apellido de la máxima autoridad o su delegado (Prestador)
Número de Documento de Identidad

ACUSE RECEPCIÓN DEL SERVICIO

Ciudad de_____a los_____días del mes de_____del año 202_

_____(firma)
Nombre y apellido del usuario/paciente

Observaciones: Yo_____en mi calidad de_____y/o representante o acompañante, del usuario/paciente_____certifico que el usuario/paciente recibió el servicio registrado en la presente acta.

_____
Firma del Representante /Acompañante
(Utilizar este campo solo cuando el usuario/paciente no pueda registrar su firma)

CERTIFICACIÓN DE FIRMAS (sello institucional)

En mi calidad de prestador de servicios, certifico que las firmas constantes en el presente documento, corresponden a la firma del usuario/paciente o su representante, misma que fue receptada en esta casa de salud; 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 información entregada.

ANEXO 8

RAZÓN SOCIAL DEL PRESTADOR Y LOGO INSTITUCIONAL

ACTA ENTREGA RECEPCIÓN DE SERVICIOS DE DIÁLISIS/HEMODIÁLISIS

Prestador:	
Persona de contacto:	
Teléfono:	E-mail
Mes y año de prestación:	Código CIE 10:
Código de validación /RPC:	
Número de historia clínica:	
Tipo de servicio entregado:	

Identificación	Nombre del usuario/paciente (apellidos y nombres)	Código TPSNS	N° de Sesiones	Valor unitario	Valor total

Observaciones:_____

_____

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

"En caso de objeción o débito, el prestador no podrá requerir el pago al usuario/paciente, familiares o acompañante. Cualquier cobro en este sentido será motivo de la sanción que la Ley prevea"

_____(firma)
Nombre y Apellido de la máxima autoridad o su delegado (Prestador)
Número de Documento de Identidad

ACUSE RECEPCIÓN DEL SERVICIO

Ciudad de_____a los_____días del mes de_____del año 202 __

_____(firma)
Nombre y apellido del usuario/paciente

Observaciones: Yo_____en mi calidad de_____y/o representante o acompañante, del usuario/paciente_____certifico que el usuario/paciente recibió el servicio registrado en la presente acta.

Firma del Representante /Acompañante
(Utilizar este campo solo cuando el usuario/paciente no pueda registrar su firma)

CERTIFICACIÓN DE FIRMAS (sello institucional)

En mi calidad de prestador de servicios, certifico que las firmas constantes en el presente documento, corresponden a la firma del usuario/paciente

o su representante, misma que fue receptada en esta casa de salud; 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 información entregada.

ANEXO 9

LISTAS DE CHEQUEO

LISTAS DE CHEQUEO PARA RECEPCIÓN DOCUMENTAL

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA RED

PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD

DOCUMENTOS HABILITANTES PARA LA RECEPCIÓN DOCUMENTAL EN RELACIÓN AL TRÁMITE

LISTA DE CHEQUEO - APLICA A TODOS LOS TIPOS DE SERVICIO

DOCUMENTOS	PROCEDIMIENTO	CHEQUEO		
	REVISAR:	SI	NO	OBSERVACIONES
En el original del oficio o memorando de solicitud de pago: (Aplica también para Coberturas Compartidas)	Debe estar emitida a nombre de la autoridad máxima financiador/asegurador responsable del pago.			Si el documento tiene registrado el nombre de la autoridad saliente, no será motivo de objeción.
	Uno por cada mes y año de prestación y por cada tipo de servicio, que identifiquen el mes y año del servicio al que corresponde la planilla por ejemplo: febrero 2022, servicio: ambulatorio, internación/hospitalización (se puede planillar a la fecha del alta), diálisis, etc.			
	Que el valor solicitado sea igual al valor de la planilla consolidada.			
	Que el número de expedientes sea igual al número registrado en la planilla consolidada.			
	Que el oficio sea documento original con firma del prestador.			
En el original de la planilla consolidada: (Aplica también para Coberturas Compartidas)	Uno por cada mes y año de prestación y por cada tipo de servicio, que identifiquen el mes y año del servicio al que corresponde la planilla por ejemplo: febrero 2022, servicio: ambulatorio, internación/hospitalización (se puede planillar a la fecha del alta), diálisis, etc.			Excepto cuando en 1 tramite de servicio de trasplante está constituido por 1 solo expediente
	Que el listado completo de los usuarios/pacientes esté en orden alfabético o cronológico.			

	Que registre un valor solicitado por cada usuario/paciente y el valor total solicitado.			
	Que el documento sea original con firma del prestador.			
Actividad: consistencia entre oficio 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 los dos documentos.			
	Que el tipo de servicio sea el mismo en los dos documentos.			
En los originales de las Planillas individuales físicas o digitales.	Confirmar que los expedientes presentados físicamente estén en el mismo orden alfabético o cronológico en relación a la planilla consolidada, para lo cual verificará los nombres de los usuarios/pacientes uno a uno.			
Archivo digitalizado o en medio magnético	Confirmar que la documentación física o digital del trámite sea la misma que la documentación presentada en archivo digital por el prestador.			
ADICIONAL EN LEVANTAMIENTO DE OBJECIONES / JUSTIFICACIÓN				
DOCUMENTOS	**Revisar:**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
Copia del Informe de liquidación primera auditoría	Verificar que sea clara y legible; y revisar el cumplimiento del plazo para este efecto según la norma.			
ADICIONAL PARA MUESTRAS MÚLTIPLES				
DOCUMENTOS	**Revisar:**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
Copia del listado de usuarios/pacientes de las muestras enviadas	Verificar que el documento tenga la firma de la institución derivadora.			
Copia del listado de usuarios/pacientes de las muestras efectivamente procesadas	Verificar que el documento tenga la firma del prestador, firma del responsable de la recepción de los resultados (institución derivadora).			
ADICIONAL PARA COBERTURAS COMPARTIDAS				
DOCUMENTOS	**Revisar:**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**

Copia del Informe de liquidación del financiador/asegurador público que realizó el proceso de ACFSS.	Revisar que sea claro y legible.			

LISTAS DE CHEQUEO PARA REVISIÓN DOCUMENTAL

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA RED
PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD

DOCUMENTOS HABILITANTES PARA LA REVISIÓN DOCUMENTAL EN RELACIÓN A CADA EXPEDIENTE
LISTA DE CHEQUEO

SERVICIO INTERNACIÓN / HOSPITALIZACIÓN Y HOSPITAL DEL DÍA				
EN CADA EXPEDIENTE REVISAR	Que toda la información presentada corresponda al mismo usuario/paciente y tipo de servicio.			
DOCUMENTOS	REVISAR:	SI	NO	OBSERVACIONES
De la planilla individual deberá verificar que contenga:	Nombres completos del usuario/paciente que recibió la prestación.			
	Que las fechas de atención no sobrepasen la fecha de alta del servicio de internación / hospitalización.			
	Código CIE-10 para diagnósticos principal y/o secundario.			
	Número documento de identificación del usuario/paciente. Se exceptúan los usuarios/pacientes no identificados (NN).			
	Prestaciones brindadas por día con su respectivo valor por cada prestación dada.			
	Valor total solicitado.			
	Que las prestaciones estén dentro del periodo de vigencia del Código de Validación (para RPC).			
	Verificar que tenga firma 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.			
Código de validación únicamente para la RPC	Que corresponda a la fecha de atención.			
	Que corresponda al servicio entregado.			
Original del acta entrega recepción únicamente para la RPC.	Debe corresponder a la fecha del servicio recibido.			Para los casos en que este Reglamento así lo dispone: Servicio de Internación/Hospitalización, Diálisis/Hemodiálisis y Ambulatorios con procedimientos de intervencionismo.
	Debe indicar el servicio recibido.			
	Debe contener la firma del usuario/paciente o su representante o acompañante.			
	Debe contener la firma del prestador.			

Copia de la consulta en línea de cobertura de salud, se exceptúan los usuarios/pacientes no identificados (NN)	La existencia de la consulta en línea de cobertura de salud. También son válidas las consultas de cobertura de salud en la web de cada miembro de la RPIS.			
	Las fechas de consulta deben corresponder a la fecha de la prestación del servicio.			
Copia de los formularios médicos, que correspondan al usuario/paciente que recibió la prestación por tipo de servicio :	Copia del formulario 053 - referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa; excepto autoderivación, no aplica para beneficiarios de un subsistema de la RPIS que son atendidos en establecimientos de salud de la RPIS. Nota de ingreso a internación/hospitalización, en caso de usuarios/pacientes que, por su condición crítica de salud, o por criterio médico, ingresan directamente al servicio de internación/hospitalización.			La inconsistencia en el contenido del documento es responsabilidad del establecimiento derivador por lo que no cabe objeción sino observación.
	Copia del formulario 006 - Epicrisis.			
	Copia del formulario 007 - Interconsulta.			De ser el caso, conforme al presente Reglamento
	Copia Formulario 018 - Protocolo Quirúrgico (operatorio) - en casos de cirugía.			De ser el caso, conforme al presente Reglamento
	Copia del Formulario 018A – Transanestésico - en casos de cirugías.			De ser el caso, conforme al presente Reglamento
	Copia Formulario 114 – UCI Neonatal o Formulario 115 UCI Pediátrico o Formulario 116 UCI Adulto, según corresponda, para internación/hospitalización en terapia intensiva.			De ser el caso, conforme al presente Reglamento

DOCUMENTOS HABILITANTES PARA LA REVISIÓN DOCUMENTAL EN RELACIÓN A CADA EXPEDIENTE
LISTA DE CHEQUEO

SERVICIO AMBULATORIO / CONSULTA EXTERNA				
EN CADA EXPEDIENTE REVISAR:	Que toda la documentación presentada corresponda al mismo usuario/paciente, mes, año y tipo de servicio.			
DOCUMENTOS	**Revisar que:**	**SÍ**	**NO**	**OBSERVACIONES**
Original de la planilla individual deberá verificar que contenga:	Nombres completos del usuario/paciente que recibió la prestación.			
	Que las fechas de atención no sobrepasen la fecha de alta del servicio de internación / hospitalización.			
	Código CIE-10 para diagnósticos principal y/o secundario.			
	Número documento de identificación del usuario/paciente. Se exceptúan los usuarios/pacientes no identificados (NN).			
	Prestaciones brindadas por día con su respectivo valor por cada prestación dada.			
	Valor total solicitado.			
	Que las prestaciones estén dentro del periodo de vigencia del Código de Validación (para RPC).			
	La planilla individual debe ser original con firma 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.			
Código de validación únicamente para la RPC	Que corresponda a la fecha de atención.			
	Que corresponda al servicio entregado.			
Original del acta entrega recepción únicamente para la RPC	Debe ser original.			Para los casos en que este Reglamento así lo dispone: Servicio de Internación/Hospitalización,
	Debe corresponder a la fecha del servicio recibido.			
	Debe indicar el servicio recibido.			Diálisis/Hemodiálisis y Ambulatorios con procedimientos de intervencionismo.
	Debe contener la firma del usuario/paciente o su representante o acompañante.			
	Debe contener la firma del prestador.			

Copia de la consulta en línea de cobertura de salud, se exceptúan los usuarios/pacientes no identificados (NN)	La existencia de la consulta en línea de cobertura de salud. También son válidas las consultas de cobertura de salud en la web de cada miembro de la RPIS.			
	Las fechas de consulta deben corresponder a la fecha de la prestación del servicio.			
	En el caso de los exámenes de apoyo diagnóstico se considera la fecha del resultado para la consulta de cobertura			
Copia de los formularios médicos, que correspondan al usuario/paciente que recibió la prestación por tipo de servicio :	Copia del formulario 053 - referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa; excepto autoderivación, no aplica para beneficiarios de un subsistema de la RPIS que son atendidos en establecimientos de salud de la RPIS. No aplica para consultas subsecuentes.			La inconsistencia en el contenido del documento es responsabilidad del establecimiento derivador por lo que no cabe objeción sino observación. En el proceso de ACFSS, al adjuntar los formularios 007, 010, 012, 013, 033, 002; no se adjunta el formulario 053.
	Copia del formulario 007 Interconsulta – si el usuario/paciente es derivado para una interconsulta o Formulario 053.			De ser el caso, conforme al presente Reglamento
	Copia del Formulario 010A solicitud – Formulario 010B resultados, si se requirieron exámenes de laboratorio clínico.			De ser el caso, conforme al presente Reglamento
	Copia del Formulario 012A- Imagenología Solicitud – Formulario 012B Imagenología Informe, de haberse requerido exámenes de imagen o radiología e informe.			De ser el caso, conforme al presente Reglamento
	Copia del Formulario 013A Anatomía Patológica Solicitud - Formulario 013B Anatomía Patológica Informe, si se requirieron exámenes histopatológicos.			De ser el caso, conforme al presente Reglamento
	Copia del Formulario 033, para odontología.			De ser el caso, conforme al presente Reglamento
	Copia del Formulario 002, para consulta externa.			De ser el caso, conforme al presente Reglamento
	Copia del Pedido y Registro de Terapias de rehabilitación recibidas si es el caso			De ser el caso, conforme al presente Reglamento

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	LISTA DE CHEQUEO		
DOCUMENTOS	Revisar que:	SÍ	NO	OBSERVACIONES
Copia de la consulta en línea de cobertura de salud, se exceptúan los usuarios/pacientes no identificados (NN)	La existencia de la consulta en línea de cobertura de salud. También son válidas las consultas de cobertura de salud en la web de cada miembro de la RPIS.			
	Las fechas de consulta deben corresponder a la fecha de la prestación del servicio. En el caso de los exámenes de apoyo diagnóstico se considera la fecha del resultado para la consulta de cobertura			
Copia del listado de usuarios/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 o cronológico.			
	Que contenga los datos de Realizado por/con firma de responsabilidad.			
	Que contenga los datos de Autorizado por/con firma de responsabilidad.			
Copia del listado de usuarios/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 o cronológico.			
	Que contenga los datos de Entregado por/con firma de responsabilidad.			
	Que contenga los datos de Recibido por/con firma 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 EMERGENCIA

	PROCEDIMIENTO	CHEQUEO		
EN CADA EXPEDIENTE REVISAR	**Que toda la información presentada corresponda al mismo usuario/paciente, mes, año y tipo de servicio.**			
DOCUMENTOS	**REVISAR:**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
Original de la planilla individual deberá verificar que contenga:	Nombres completos del usuario/paciente que recibió la prestación.			
	Que las fechas de atención no sobrepasen la fecha de alta del servicio de emergencia.			
	Código CIE-10 para diagnósticos principal y/o secundario.			
	Número documento de identificación del usuario/paciente. Se exceptúan los usuarios/pacientes no identificados (NN).			
	Prestaciones brindadas por día con su respectivo valor por cada prestación dada.			
	Valor total solicitado.			
	Que las prestaciones estén dentro del periodo de vigencia del Código de Validación (para RPC).			
	La planilla individual debe ser original con firma 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.			
Código de validación únicamente para la RPC	Que corresponda a la fecha de atención.			
	Que corresponda al servicio entregado.			

Copia de la consulta en línea de cobertura de salud, se exceptúan los usuarios/pacientes no identificados (NN)	La existencia de la consulta en línea de cobertura de salud. También son válidas las consultas de cobertura de salud en la web de cada miembro de la RPIS.			
	Las fechas de consulta deben corresponder a la fecha de la prestación del servicio. En el caso de los exámenes de apoyo diagnóstico se considera la fecha del resultado para la consulta de cobertura			
Formularios médicos, que correspondan al usuario/paciente que recibió la prestación por tipo de servicio	Copia del formulario 008 - Emergencia.			Conforme al presente Reglamento
	Copia del formulario 053 - referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa, si el usuario/paciente fue derivado de un establecimiento de salud. Excepto autoderivación.			La inconsistencia en el contenido del documento es responsabilidad del establecimiento derivador por lo que no cabe objeción sino observación. Este formulario aplica en los casos de referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa; excepto autoderivación.
	Para componentes sanguíneos:			
	1. Original del Formulario de solicitud de componentes sanguíneos.			
	2. Original del Formulario de solicitud intrahospitalaria de componentes sanguíneos.			
	3. Original del Registro de despacho de componentes sanguíneos hacia otro establecimiento de salud.			

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD

DOCUMENTOS HABILITANTES PARA LA REVISIÓN DOCUMENTAL EN RELACIÓN A CADA EXPEDIENTE
LISTA DE CHEQUEO

SERVICIO TRANSPORTE SANTARIO: PREHOSPITALARIO (AMBULACIA TERRESTRE, AMBULANCIA AÉREA, TRANSPORTE ACUÁTICO) Y TRANSPORTE SECUNDARIO.				
PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN		**LISTA DE CHEQUEO**		
EN CADA EXPEDIENTE REVISAR:	Que toda la documentación presentada corresponda al mismo usuario/paciente, mes, año y tipo de servicio.			
DOCUMENTOS	**Revisar que:**	**SÍ**	**NO**	**OBSERVACIONES**
Original de la planilla individual deberá verificar que contenga:	Nombres completos del usuario/paciente que recibió la prestación.			
	Que las fechas de atención no sobrepasen la fecha de alta del servicio.			
	Código CIE-10 para diagnósticos principal y/o secundario.			
	Número documento de identificación del usuario/paciente. Se exceptúan los usuarios/pacientes no identificados (NN).			
	Prestaciones brindadas por día con su respectivo valor por cada prestación dada.			
	Valor total solicitado.			
	Que las prestaciones estén dentro del periodo de vigencia del Código de Validación (para RPC).			
	La planilla individual debe ser original con firma 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.			
Código de validación únicamente para la RPC	Que corresponda a la fecha de atención.			
	Que corresponda al servicio entregado.			
Copia de la consulta en línea de cobertura de salud, se exceptúan los usuarios/paciente s no identificados (NN)	La existencia de la consulta en línea de cobertura de salud. También son válidas las consultas de cobertura de salud en la web de cada miembro de la RPIS.			
	Las fechas de consulta deben corresponder a la fecha de la prestación del servicio. En el caso de los exámenes de apoyo diagnóstico se considera la fecha del resultado para la consulta de cobertura			
Copia de la hoja de ruta	Registros claros y legibles.			Únicamente para atención prehospitalaria con ambulancia terrestre

Copia del "Formulario Anexo 2- Atención Prehospitalaria".	Registros claros y legibles, con firmas de responsabilidad.			Atención Pre Hospitalaria
Copia de la Bitácora de vuelo	Registros claros y legibles.			Únicamente para atención pre - hospitalaria con ambulancia aérea
Copia de la Bitácora de viaje	Registros claros y legibles.			Únicamente para atención pre-hospitalaria con transporte acuático
Copia del formulario 053.	Registros claros y legibles, con firma de responsabilidad.			Para servicio de Transporte secundario Terrestre, fluvial, marítimo y aéreo; en los casos determinados en el presente Reglamento. Excepto para transporte secundario a domicilio
Copia del Formulario 119 de Transferencia.	Registros claros y legibles, con firma de responsabilidad.			Para servicio de Transporte secundario Terrestre, fluvial, marítimo y aéreo, excepto para transporte secundario a domicilio
Copia de Hoja de ruta del servicio de transporte sanitario aéreo.	Registros claros y legibles, con firma de responsabilidad.			Para servicio de Transporte secundario aéreo.
Copia de la Bitácora de viaje	Registros claros y legibles, con firma de responsabilidad.			Para servicio de Transporte secundario fluvial o marítimo

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

SERVICIO DIÁLISIS / HEMODIALISIS				
	PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN	LISTA DE CHEQUEO		
EN CADA EXPEDIENTE REVISAR:	Que toda la documentación presentada corresponda al mismo usuario/paciente, mes, año y tipo de servicio.			
DOCUMENTOS	**Revisar que:**	**SÍ**	**NO**	**OBSERVACIONES**
Original de la planilla individual deberá verificar que contenga:	Nombres completos del usuario/paciente que recibió la prestación.			
	Que la fecha de la atención esté en el rango del mes planillado.			
	Código CIE 10 para diagnóstico principal y/o secundario.			
	Número de 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 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			
Código de validación únicamente para la RPC	Que corresponda a la fecha de atención.			
	Que corresponda al servicio entregado.			
Original del Acta Entrega Recepción. Únicamente para la RPC.	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 del prestador.			
	La existencia de la consulta en línea de cobertura de salud. También son válidas las consultas de cobertura de salud en la web de cada miembro de la RPIS.			Mensualmente al inicio y al final de la prestación por paquete. En el caso de no ser paquetes la consulta online de la primera y última sesión.

Copia de la consulta en línea de cobertura de salud, se exceptúan los usuarios/pacientes no identificados (NN)	Las fechas de consulta deben corresponder a la fecha de la prestación del servicio.			
	En el caso de los exámenes de apoyo diagnóstico se considera la fecha del resultado para la consulta de cobertura			
Documentos médicos Hemodiálisis con periodicidad mensual.	Reporte de hemodiálisis diario de sesiones por cada mes.			
	Registro de la asistencia a las sesiones de hemodiálisis por cada mes.			
	Copias simples de los resultados de exámenes complementarios según lo dispuesto en el paquete de hemodiálisis.			
Documentos médicos Hemodiálisis con periodicidad trimestral.	Informes médicos del estado general de los usuarios/pacientes en el que se especifique su evolución clínica, el estado de la enfermedad, el estado nutricional, psicológico, la valoración médica y el tratamiento			
Documentos médicos Hemodiálisis con periodicidad semestral.	Informe de trabajo social, por cada usuario/paciente.			
Documentos médicos Diálisis Peritoneal con periodicidad mensual.	Registro mensual de visita domiciliaria u hoja de ruta.			
Documentos médicos Diálisis Peritoneal con periodicidad semestral.	Copia de los resultados de exámenes complementarios.			
	El informe de capacitación al usuario/paciente o a su representante o acompañante.			
Documentos médicos Diálisis Peritoneal con periodicidad anual.	Declaración juramentada anual por prestador (no por expediente ni trámite) de no haber reutilizado insumos o dispositivos médicos, que			
	no pueden ser reutilizados conforme el TPSNS-			

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD

DOCUMENTOS HABILITANTES PARA LA REVISIÓN DOCUMENTAL EN RELACIÓN A CADA EXPEDIENTE PARA COBERTURAS COMPARTIDAS

DOCUMENTOS	REVISAR	SI	NO	OBSERVACIONES
En el original de la planilla consolidada: (Aplica también para Coberturas Compartidas)	Uno por cada mes y año de prestación y por cada tipo de servicio, que identifiquen el mes y año del servicio al que corresponde la planilla, por ejemplo: febrero 2022, servicio: ambulatorio, internación/hospitalización (se puede planillar a la fecha del alta), diálisis, etc.			
	Que el listado completo de los usuarios/pacientes esté en orden alfabético o cronológico.			Excepto cuando en 1 tramite de servicio de trasplante está constituido por 1 solo expediente
	Que registre un valor solicitado por cada usuario/paciente y el valor total solicitado.			
	Que el documento sea original con firma del prestador.			
Copia del Informe de liquidación	Que sea claro y legible			
	Fecha del informe de liquidación.			
	Mes y año; y, tipo de servicio.			
	Número de trámite.			
	Nombre del Prestador.			
	Nombre del Responsable de la Revisión Documental/Control Documental.			Pueden consolidarse en un solo documento
	Nombre del Responsable de la Revisión Médica/ Control Técnico Médico.			
	Nombre del Responsable de la liquidación/ Control Tarifas			
	Cuadro detalle: Número de Código de Validación únicamente RPC, número de documento de identidad,			
	Nombre del usuario/paciente, valor solicitado, valor objetado y valor aprobado.			

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD

DOCUMENTOS HABILITANTES PARA LA REVISIÓN DOCUMENTAL EN RELACIÓN A CADA EXPEDIENTE

LISTA DE CHEQUEO

TRASPLANTES				
		CHEQUEO		
EN CADA EXPEDIENTE REVISAR	Que toda la información presentada corresponda al mismo usuario/paciente y tipo de servicio.			
DOCUMENTOS	REVISAR:	SI	NO	OBSERVACIONES
Original de la planilla detallada, en los casos en los que un trasplante no cuente con un paquete establecido en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud; deberá verificar que contenga:	Nombres completos del usuario/paciente que recibió la prestación.			
	Que las fechas de atención no sobrepasen la fecha de alta del servicio de internación / hospitalización.			
	Código CIE-10 para diagnósticos principal y/o secundario.			
	Número documento de identificación del usuario/paciente. Se exceptúan los usuarios/pacientes no identificados (NN).			
	Prestaciones brindadas por día con su respectivo valor por cada prestación dada.			
	Valor total solicitado.			
	Que las prestaciones estén dentro del periodo de vigencia del Código de Validación (para RPC).			
	Verificar que tenga firma 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.			
Código de validación únicamente para la RPC	Que corresponda a la fecha de atención.			
	Que corresponda al servicio entregado.			
Original del acta entrega recepción únicamente para la RPC.	Debe corresponder a la fecha del servicio recibido.			Para los casos en que este Reglamento así lo dispone: Servicio de Internación/Hospitalización, Diálisis/Hemodiálisis y Ambulatorios con procedimientos de intervencionismo.
	Debe indicar el servicio recibido.			
	Debe contener la firma del usuario/paciente o su representante o acompañante.			
	Debe contener la firma del prestador.			

Copia de la consulta en línea de cobertura de salud, se exceptúan los usuarios/pacientes no identificados (NN)	La existencia de la consulta en línea de cobertura de salud. También son válidas las consultas de cobertura de salud en la web de cada miembro de la RPIS.			
	Las fechas de consulta deben corresponder a la fecha de la prestación del servicio. En el caso de los exámenes de apoyo diagnóstico se considera la fecha del resultado para la consulta de cobertura			
	Copia del formulario 053 - referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa; excepto autoderivación, no aplica para beneficiarios de un subsistema de la RPIS que son atendidos en establecimientos de salud de la RPIS. Nota de ingreso a internación/hospitalización, en caso de usuarios/pacientes que, por su condición crítica de salud, o por criterio médico, ingresan directamente al servicio de internación/hospitalización.			La inconsistencia en el contenido del documento es responsabilidad del establecimiento derivador por lo que no cabe objeción sino observación.
	Copia del formulario 008 - Emergencia, si el usuario/paciente fue atendido en el servicio de emergencia.			
	Copia del formulario 006 - Epicrisis.			
Copia de los formularios médicos, que correspondan al usuario/paciente que recibió la prestación por tipo de servicio :	Copia del Formulario 018 - Protocolo Quirúrgico (operatorio)			
	Copia del Formulario 018A – Transanestésico (protocolo anestésico), de ser el caso.			

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				
DOCUMENTOS	REVISAR	SI	NO	OBSERVACIONES
Copia del informe de liquidación primer auditoría	Que sea claro y legible que corresponda a la primera auditoría realizada			
	Documento (s) que sustenten la justificación de laobjeción, de los expedientes objetados y que el prestador solicite su levantamiento			

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

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA, ENTRE SUBSISTEMAS DE LA RPIS				
DOCUMENTOS	REVISAR	SI	NO	OBSERVACIONES
Original del oficio o memorando de solicitud de pago: (Aplica también para Coberturas Compartidas)	Debe estar emitida a nombre de la autoridad máxima financiador/asegurador responsable del pago.			
	Uno por cada mes y año de prestación y por cada tipo de servicio, que identifiquen el mes y año del servicio al que corresponde la planilla por ejemplo: febrero 2022, servicio: ambulatorio, internación/hospitalización (se puede planillar a la fecha del alta), diálisis, etc.			
	Que el valor solicitado sea igual al valor de la planilla consolidada.			
	Que el número de expedientes sea igual al número registrado en la planilla consolidada.			
	Que el oficio sea documento original con firma del prestador.			
Original de la planilla de cargos consolidada detallada, con base en los registros de atenciones	Uno por cada mes y año de prestación y por cada tipo de servicio, que identifiquen el mes y año del servicio al que corresponde la planilla por ejemplo: febrero 2022, servicio: ambulatorio.			
	El detalle de la planilla contendrá el detalle de todas las prestaciones de todos los usuarios/pacientes:			
	Número ordinal de los expedientes.			El ordinal se asigna por cada usuario/paciente. Ejemplo: si un usuario/paciente tiene n filas de prestaciones, las n filas llevarán el mismo número ordinal.
	Número del Documento de identificación.			
	Listado completo de los usuarios/pacientes en orden alfabético o cronológico.			
	Fecha de atención.			

	Código del TPSNS.			
	Descripción correspondiente al código del TPSNS.			
	Cantidad.			
	Valor Unitario USD por cada prestación.			
	Valor Total solicitado USD por cada prestación.			
	Valor Total solicitado USD que corresponda a la sumatoria de todos los expedientes y prestaciones que conforma el trámite.			
	Firma de responsabilidad del prestador.			
Copia de la consulta en línea de cobertura de salud, o el Original del certificado del cruce de información a través de base de datos para determinar la cobertura. Se exceptúan los usuarios/pacientes no identificados (NN)	La existencia de la consulta en línea de cobertura de salud, también son válidas las consultas de cobertura de salud en la web de cada miembro de la RPIS o el certificado de haber realizado el cruce de información a través de base de datos para determinar a qué seguro público le corresponde la cobertura.			
	Las fechas de consulta deben corresponder a la fecha de la prestacióndel servicio. En el caso de los exámenes de apoyo diagnóstico se considera la fechadel resultado para la consulta de cobertura.			

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD

DOCUMENTOS HABILITANTES PARA LA REVISIÓN DOCUMENTAL EN RELACIÓN A CADA EXPEDIENTE

LISTA DE CHEQUEO

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA RPC				
DOCUMENTOS	ADEMÁS DE LOS DOCUMENTOS GENERALES ART. 73 REVISAR:	SI	NO	OBSERVACIONES
Copia del registro del sistema de agendamiento.	Claro y legible.			Reemplaza al formulario 053 - referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa.
Copia de los formularios médicos, que correspondan al usuario/paciente que recibió la prestación por tipo de servicio :	Copia del formulario 053 - referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa; excepto autoderivación, noaplica para beneficiarios de un subsistema de la RPIS que son atendidos en establecimientos de salud de la RPIS. No aplica paraconsultas subsecuentes.			La inconsistencia enel contenido del documento es responsabilidad del establecimiento derivador por lo que no cabe objeción sino observación. En el proceso de ACFSS, al adjuntar los formularios 007, 010, 012, 013, 033, 002; no se adjunta el formulario 053.
	Copia del formulario 007 Interconsulta – si el usuario/pacientees derivado para una interconsulta o Formulario 053.			De ser el caso, conforme al presente Reglamento
	Copia del Formulario 010A – Formulario 010B anverso, si se requirieron exámenes de laboratorio clínico.			De ser el caso, conforme al presente Reglamento
	Copia del Formulario 012A- Imagenología Solicitud – Formulario 012B Imagenología Informe, de haberse requerido exámenes de imagen o radiología e Informe.			De ser el caso, conforme al presente Reglamento
	Copia del Formulario 013A Anatomía Patológica Solicitud - Formulario 013B Anatomía Patológica Informe, si se requirieron exámenes histopatológicos			De ser el caso, conforme al presente Reglamento
	Copia del Formulario 033, para odontología.			De ser el caso, conforme al presente Reglamento
	Copia del Formulario 002, para consulta externa.			De ser el caso, conforme al presente Reglamento
	Copia del pedido y registro de Terapias de rehabilitaciónrecibidas si es el caso			De ser el caso, conforme al presente Reglamento

LISTAS DE CHEQUEO PARA CONTROL TÉCNICO MÉDICO - PERTINENCIA MÉDICA

MINISTERIO DE SALUD ÚBLICA
RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD

DOCUMENTOS HABILITANTES PARA LA PERTINENCIA MÉDICA EN RELACIÓN A CADA EXPEDIENTE

LISTA DE CHEQUEO

SERVICIO INTERNACIÓN/ HOSPITALIZACIÓN Y HOSPITAL DEL DÍA				
EN CADA EXPEDIENTE REVISAR	PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN	CHEQUEO		
DOCUMENTOS	QUE REVISAR:	SI	NO	OBSERVACIONES
Copia de los formularios médicos, que correspondan al usuario/paciente que recibió la prestación por tipo de servicio :	Copia del formulario 053 - referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa; excepto autoderivación, no aplica para beneficiarios de un subsistema de la RPIS que son atendidos en establecimientos de salud de la RPIS. Nota de ingreso a internación/hospitalización, en caso de usuarios/pacientes que, por su condición crítica de salud, o por criterio médico, ingresan directamente al servicio de internación/hospitalización.			las inconsistencia en el contenido del documento es responsabilidad del establecimiento derivador por lo que no cabe objeción sino observación
	Copia del formulario 006 - Epicrisis.			De ser el caso, conforme al presente Reglamento
	Copia del formulario 007 - Interconsulta.			De ser el caso, conforme al presente Reglamento
	Copia del Formulario 018 - Protocolo Quirúrgico (operatorio) - en casos de cirugía.			De ser el caso, conforme al presente Reglamento
	Copia del Copia del Formulario 018A – Transanestésico - en casos de cirugías.			De ser el caso, conforme al presente Reglamento
	Copia Formulario 114 – UCI Neonatal o Formulario 115 UCI Pediátrico o Formulario 116 UCI Adulto, según corresponda, para internación/hospitalización en terapia intensiva.			De ser el caso, conforme al presente Reglamento
	Copia del formulario 033 – Odontología			

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

SERVICIO AMBULATORIO / CONSULTA EXTERNA				
EN CADA EXPEDIENTE REVISAR	PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN	CHEQUEO		
DOCUMENTOS	QUE REVISAR:	SI	NO	OBSERVACIONES
Copia de los formularios médicos, que correspondan al usuario/paciente que recibió la prestación por tipo de servicio :	Copia del formulario 053 - referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa; excepto autoderivación, no aplica para beneficiarios de un subsistema de la RPIS que son atendidos en establecimientos de salud de la RPIS. No aplica para consultas subsecuentes.			La inconsistencia en el contenido del documento es responsabilidad del establecimiento derivador por lo que no cabe objeción sino observación. En el proceso de ACFSS, al adjuntar los formularios 007, 010, 012, 013, 033, 002; no se adjunta el formulario 053.
	Copia del formulario 007 Interconsulta – si el usuario/paciente es derivado para una interconsulta o Formulario 053.			De ser el caso, conforme al presente Reglamento
	Copia del Formulario 010A – Formulario 010B anverso, si se requirieron exámenes de laboratorio clínico.			De ser el caso, conforme al presente Reglamento
	Copia del Formulario 012A- Imagenología Solicitud – Formulario 012B Imagenología Informe, de haberse requerido exámenes de imagen o radiología e Informe.			De ser el caso, conforme al presente Reglamento
	Copia del Formulario 013A Anatomía Patológica Solicitud - Formulario 013B Anatomía Patológica Informe, si se requirieron exámenes histopatológicos.			De ser el caso, conforme al presente Reglamento
	Copia del Formulario 033, para odontología.			De ser el caso, conforme al presente Reglamento
	Copia del Formulario 002, para consulta externa.			De ser el caso, conforme al presente Reglamento
	Copia del pedido y registro de Terapias de rehabilitación recibidas si es el caso con la firma de responsabilidad del profesional que realizo el procedimiento.			De ser el caso, conforme al presente Reglamento

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

SERVICIO EMERGENCIA				
EN CADA EXPEDIENTE REVISAR	PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN	CHEQUEO		
DOCUMENTOS	QUE REVISAR:	SI	NO	OBSERVACIONES
Formularios médicos, que correspondan al usuario/paciente que recibió la prestación por tipo de servicio :	Copia del formulario 008 - Emergencia.			Conforme al presente Reglamento
	Copia del formulario 053 - referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa, si el usuario/paciente fue derivado de un establecimiento de salud. Excepto autoderivación.			La inconsistencia en el contenido del documento es responsabilidad del establecimiento derivador por lo que no cabe objeción sino observación. Este formulario aplica en los casos de referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa; excepto autoderivación.
	Para componentes sanguíneos: 1. Original del Formulario de solicitud de componentes sanguíneos. 2. Original del Formulario de solicitud intrahospitalaria de componentes sanguíneos. 3. Original del Registro de despacho de componentes sanguíneos hacia otro establecimiento de salud.			

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

SERVICIO TRANSPORTE SANTARIO: PREHOSPITALARIO (AMBULACIA TERRESTRE, AMBULANCIA AÉREA, TRANSPORTE ACUÁTICO) Y TRANSPORTE SECUNDARIO.				
EN CADA EXPEDIENTE REVISAR	PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN	CHEQUEO		
DOCUMENTOS	QUE REVISAR:	SI	NO	OBSERVACIONES
Copia del "Formulario Anexo 2- Atención Prehospitalaria".	Registros claros y legibles, con firmas de responsabilidad.			Atención Pre Hospitalaria
Copia del formulario 053.	Registros claros y legibles, con firma de responsabilidad.			Para servicio de Transporte secundario Terrestre, fluvial, marítimo y aéreo; en los casos determinados en el presente Reglamento. Excepto para transporte secundario a domicilio
Copia del Formulario 119 de Transferencia.	Registros claros y legibles, con firma de responsabilidad.			Para servicio de Transporte secundario Terrestre, fluvial, marítimo y aéreo, excepto para transporte secundario a domicilio

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

SERVICIO DIÁLISIS / HEMODIALISIS				
EN CADA EXPEDIENTE REVISAR	**PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN**	**CHEQUEO**		
DOCUMENTOS	**QUE REVISAR:**	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
Documentos médicos Hemodiálisis con periodicidad mensual.	Reporte de hemodiálisis diario de sesiones por cada mes.			
	Registro de la asistencia a las sesiones de hemodiálisis por cada mes.			
	Copias simples de los resultados de exámenes complementarios según lo dispuesto en el paquete de hemodiálisis.			
Documentos médicos Hemodiálisis con periodicidad trimestral.	Informes médicos del estado general de los usuarios/pacientes en el que se especifique su evolución clínica, el estado de la enfermedad, el estado nutricional, psicológico, la valoración médica y el tratamiento			
Documentos médicos Hemodiálisis con periodicidad semestral.	Informe de trabajo social, por cada usuario/paciente.			
Documentos médicos Diálisis Peritoneal con periodicidad mensual.	Registro mensual de visita domiciliaria u hoja de ruta.			
	Copia de los resultados de exámenes complementarios.			
Documentos médicos Diálisis Peritoneal con periodicidad semestral.	El informe de capacitación al usuario/paciente o a su representante o acompañante.			
Documentos médicos Diálisis Peritoneal con periodicidad anual.	Declaración juramentada de no haber reutilizado insumos o dispositivos médicos, que no pueden ser reutilizados, en este tipo de procedimientos, durante ese año.			

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD

DOCUMENTOS HABILITANTES PARA LA PERTINENCIA MÉDICA EN LA RELACIÓN A CADA EXPEDIENTE

LISTA DE CHEQUEO

TRASPLANTES				
EN CADA EXPEDIENTE REVISAR	PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN	CHEQUEO		
DOCUMENTOS	QUE REVISAR:	SI	NO	OBSERVACIONES
Copia de los formularios médicos, que correspondan al usuario/paciente que recibió la prestación por tipo de servicio :	Copia del formulario 053 - referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa; excepto autoderivación, no aplica para beneficiarios de un subsistema de la RPIS que son atendidos en establecimientos de salud de la RPIS. Nota de ingreso a internación/hospitalización, en caso de usuarios/pacientes que, por su condición crítica de salud, o por criterio médico, ingresan directamente al servicio de internación/hospitalización.			La inconsistencia en el contenido del documento es responsabilidad del establecimiento derivador por lo que no cabe objeción sino observación.
	Copia del formulario 008 - Emergencia, si el usuario/paciente fue atendido en el servicio de emergencia.			
	Copia del formulario 006 - Epicrisis.			
	Copia Formulario 018 - Protocolo Quirúrgico (operatorio) - en casos de cirugía.			
	Copia del Formulario 018A – Transanestésico - en casos de cirugías.			

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD

DOCUMENTOS HABILITANTES PARA LA PERTINENCIA MÉDICA EN LA RELACIÓN A CADA EXPEDIENTE

LISTA DE CHEQUEO

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA RPC				
EN CADA EXPEDIENTE REVISAR	PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN	CHEQUEO		
DOCUMENTOS	QUE REVISAR:	SI	NO	OBSERVACIONES
Copia de los formularios médicos, que correspondan al usuario/paciente que recibió la prestación por tipo de servicio :	Copia del formulario 053 - referencia, derivación, contrarreferencia y referencia inversa; excepto autoderivación, no aplica para beneficiarios de un subsistema de la RPIS que son atendidos en establecimientos de salud de la RPIS. No aplica para consultas subsecuentes.			La inconsistencia en el contenido del documento es responsabilidad del establecimiento derivador por lo que no cabe objeción sino observación. En el proceso de ACFSS, al adjuntar los formularios 007, 010, 012, 013, 033, 002; no se adjunta el formulario 053.
	Copia del formulario 007 Interconsulta – si el usuario/paciente es derivado para una interconsulta o Formulario 053.			De ser el caso, conforme al presente Reglamento
	Copia del Formulario 010A – Formulario 010B anverso, si se requirieron exámenes de laboratorio clínico.			De ser el caso, conforme al presente Reglamento
	Copia del Formulario 012A- Imagenología Solicitud – Formulario 012B Imagenología Informe, de haberse requerido exámenes de imagen o radiología e Informe.			De ser el caso, conforme al presente Reglamento
	Copia del Formulario 013A Anatomía Patológica Solicitud - Formulario 013B Anatomía Patológica Informe, si se requirieron exámenes histopatológicos.			De ser el caso, conforme al presente Reglamento
	Copia del Formulario 033, para odontología.			De ser el caso, conforme al presente Reglamento
	Copia del Formulario 002, para consulta externa.			De ser el caso, conforme al presente Reglamento
	Copia del pedido y registro de Terapias de rehabilitación recibidas si es el caso			De ser el caso, conforme al presente Reglamento

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD
LISTA DE CHEQUEO DE DOCUMENTOS A ENVIAR A ADMINISTRATIVO FINANCIERO PARA EL PAGO DESERVICIOS DE SALUD

N°	DOCUMENTO	DEBE CONTENER	CHEQUEO
1	Original del memorando solicitud de Pago	Uno por cada mes y tipo de servicio.	
		Nombre de la Institución Prestadora a quien se dirige el pago.	
		Partida Presupuestaria a la que aplica el pago.	
		Mes y año de prestación del servicio.	
		Valor aprobado del pago.	
		Número de factura enviada por el proveedor y adjunta al trámite.	
		Cuadro consolidado que detalla los usuarios/pacientes atendidos en el servicio y en el mes, con valores aprobados para cada uno.	
		Número del código de Validación / Únicamente RPC.	
		Certificación del cumplimiento cabal de los procedimientos de Auditoria de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud.	
		Certificación de la no duplicación de 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.	
N°	**DOCUMENTO**	**DEBE CONTENER**	**CHEQUEO**
2	Original de la factura remitida por el prestador	Todos los requisitos dispuestos por el SRI	
		En el concepto detallar: por atenciones en el servicio (internación/hospitalización - consulta externa, emergencia, etc.: según corresponda) brindadas a (detallar el número de expedientes) del mes y año (al que corresponden las atenciones), Número de trámite al que corresponde. Primer Nivel de Atención deberá adicionarse, atendiendo en (nombre del establecimiento de salud que brindó la prestación).	
		Firma de responsabilidad del emisor (Institución Prestadora) y de quien recibe conforme (Institución Financiadora /Aseguradora)	
N°	**DOCUMENTO**	**DEBE CONTENER**	**CHEQUEO**
3	Original del Oficio de Solicitud de Pago presentado por el prestador	Claro y legible	
		Firma de responsabilidad	
N°	**DOCUMENTO**	**DEBE CONTENER**	**CHEQUEO**
4	Original de laPlanilla Consolidada	Clara y legible	En el caso de trasplante,si el trámite consta de un solo expediente , en lugarde la
		Firma de responsabilidad	

			plantilla consolidada, se adjuntará la planilla individual.
N°	**DOCUMENTO**	**DEBE CONTENER**	**CHEQUEO**
5	Original del 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 de Tarifas	Claro y legible con 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 laFacturación de Servicios de Salud. Que incluya el nombre, cargo c/u.	
		Fecha del informe de Liquidación.	
		Mes y año del Servicio, considerar que para internación/hospitalizaciónse considera la fecha del alta.	
		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 enorden alfabético o cronológico y por cada usuario/paciente del valor solicitado, valor objetado y valor aprobado.	
		De ser el caso indicar que Se trata de coberturas compartidas el informe de liquidación corresponde al elaborado por el subsistema que realizo el proceso de ACFSS.	
N°	**DOCUMENTO**	**DEBE CONTENER**	**CHEQUEO**
6	Original del Acta Entrega Recepción *No aplica para coberturas compartidas*	Con la firmas del prestador y del usuario/paciente o su representante oacompañante.	
		Nombres y número de cédula de quienes subscriben.	
N°	**DOCUMENTO**	**DEBE CONTENER**	**CHEQUEO**
7	Código de validación emitido para la prestación del servicio, únicamente RPC. * No aplica para coberturas compartidas*	Que corresponda al prestador al cual se derivó al usuario/paciente	
		La prestación del servicio de salud debe estar contenida en el periodo devigencia del Código de Validación.	

ANEXO 10

Motivos de Objeción

OBJECIÓN RECEPCIÓN DOCUMENTAL	
ORD/ CODF	MOTIVO
REC.1	OFICIO DE SOLICITUD DE PAGO - AUSENCIA
REC.2	OFICIO DE SOLICITUD DE PAGO CON BORRONES, TACHONES Y/O ENMENDADURAS.
REC.3	ORIGINAL DEL OFICIO DE SOLICITUD DE PAGO
REC.4	DEBE ESTAR EMITIDA A NOMBRE DE LA AUTORIDAD MAXIMA FINANCIADOR/ASEGURADOR RESPONSABLE DEL PAGO. SI EL DOCUMENTO TIENE REGISTRADO EL NOMBRE DE LA AUTORIDAD SALIENTE, NO SERÁ MOTIVO DE OBJECION
REC.5	OFICIO SIN DATOS DE NUMERO DE EXPEDIENTES Y/O REGISTRO DE MONTO SOLICITADO, SIN FIRMA Y SELLO DEL PRESTADOR
REC.6	PLANILLA CONSOLIDADA DE CARGOS - AUSENCIA
REC.7	PLANILLA CONSOLIDADA DE CARGOS DE SOLICITUD DE PAGO CON BORRONES, TACHONES Y/O ENMENDADURAS.
REC.8	PLANILLA CONSOLIDADA DE CARGOS NO ES ORIGINAL
REC.9	PLANILLA CONSOLIDADA DE CARGOS SIN FIRMA Y SELLO DEL PRESTADOR
REC.10	DIFERENCIA OFICIO VS PLANILLA CONSOLIDADA ENTRE: VALOR SOLICITADO/Nro. EXPEDIENTES/MES Y AÑO DE PRESTACION/TIPODE SERVICIO
REC.11	CANTIDAD EXPEDIENTES NO COINCIDEN CON LA PLANILLA CONSOLIDADA DE CARGOS
REC.12	EXPEDIENTES POR BENEFICIARIO NO COINCIDE CON PLANILLA CONSOLIDADA
REC.13	EXPEDIENTE NO CONCUERDA CON LA INFORMACION DIGITAL
REC.14	INEXISTENCIA DEL INFORME DE LIQUIDACION DE LA PRIMERAAUDITORIA - PARA LEVANTAMIENTO DE OBJECIONES
OBJECIÓN REVISIÓN DOCUMENTAL	
ORD.	MOTIVO
REV.1	DOCUMENTOS DEL EXPEDIENTE NO CORRESPONDEN AL PACIENTE,MES, AÑO Y/O TIPO DE SERVICIO.
REV.2	PLANILLA INDIVIDUAL - AUSENCIA
REV.3	PLANILLA INDIVIDUAL - INCOMPLETA, MAL LLENADA O NO VALIDADA
REV.4	PLANILLA INDIVIDUAL NO ES ORIGINAL
REV.5	PLANILLA INDIVIDUAL NO CORRESPONDE A LA FECHA PRESTACIONPARA EL PAGO SOLICITADO
REV.6	CODIGO DE VALIDACION - AUSENCIA
REV.7	CODIGO DE VALIDACION NO ESTA VIGENTE, NO CORRESPONDE A LA PRESTACION, NO CORRESPONDE AL USUARIO/PACIENTE
REV.8	ACTA ENTREGA RECEPCION (EN LOS SERVICIOS PERTINENETES) - AUSENCIA

REV.9	ACTA ENTREGA RECEPCION CON BORRONES, TACHONES Y/O ENMENDADURAS.
REV.10	ACTA ENTREGA RECEPCION INCONFORMIDAD DE FIRMAS (PACIENTE - REPRESENTANTE - PRESTADOR) O SIN FIRMAS
REV.11	ACTA ENTREGA RECEPCION ERROR EN DATOS.
REV.12	ACTA ENTREGA RECEPCIÓN NO ES ORIGINAL
REV.13	CONSULTA DE COBERTURA DE SALUD - AUSENCIA DE LOS TRES (3) OUNO (1) DE ELLOS.
REV.14	CONSULTA DE COBERTURA DE SALUD - NO CORRESPONDE A LA FECHA DE PRESTACION DEL SERVICIO
REV.15	PACIENTE PERTENECE A OTRO SUBSISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL YNO ES FINANCIAMIENTO O COBERTURA COMPARTIDA.
REV.16	FORMULARIO 053 / REFERENCIA - CONTRAREFERENCIA - AUSENCIA
REV.17	FORMULARIO 006 / EPICRISIS - AUSENCIA O SIN FIRMA Y SELLO DE RESPONSABILIDAD
REV.18	PROTOCOLO OPERATORIO - AUSENCIA O SIN FIRMA Y SELLO DE RESPONSABILIDAD
REV.19	PROTOCOLO DE ANESTESIA - AUSENCIA O SIN FIRMA Y SELLO DE RESPONSABILIDAD
REV.20	BITACORA DIARIA EN UCI - AUSENCIA
REV.21	FORMULARIO 008 / EMERGENCIAS - AUSENCIA O SIN FIRMA Y SELLODE RESPONSABILIDAD
REV.22	FORMULARIO 007 / INTERCONSULTA - AUSENCIA O SIN FIRMA Y SELLODE RESPONSABILIDAD
REV.23	FORMULARIO 010 / PEDIDO DE LABORATORIO - AUSENCIA O SIN FIRMA Y SELLO DE RESPONSABILIDAD
REV.24	FORMULARIO 012 / IMAGEN - AUSENCIA O SIN FIRMA Y SELLO DE RESPONSABILIDAD
REV.25	FORMULARIO 033 / ODONTOLOGÍA - AUSENCIA O SIN FIRMA Y SELLO DE RESPONSABILIDAD
REV.26	FOMULARIO 002 / CONSULTA EXTERNA - AUSENCIA O SIN FIRMA Y SELLO DE RESPONSABILDIAD.
REV.27	PEDIDO Y REGISTRO TERAPIAS DE REHABILITACIÓN - AUSENCIA O SINFIRMA Y SELLO DE RESPONSABILIDAD.
REV.28	ANEXO 2 / PREHOSPITALARIO - AUSENCIA O SIN FIRMAS DE ENTREGAY/O RECEPCION DEL PACIENTE.
REV.29	HOJA DE RUTA - AUSENCIA O SIN FIRMA Y SELLO DE RESPONSABILIDAD
REV.30	INFORME MEDICO INDIVIDUAL TRIMESTRAL - AUSENCIA O SIN FIRMAY SELLO DE RESPONSABILIDAD
REV.31	REGISTRO DE ASISTENCIA A SESIONES - AUSENCIA
REV.32	INCOSISTENCIA ENTRE EL REGISTRO DE ASISTENCIA A SESIONES Y LAS SESIONES PLANILLADAS
REV.33	INFORME DE TRABAJO SOCIAL - AUSENCIA O SIN FIRMA Y SELLO DE RESPONSABILIDAD.
REV.34	SIN COPIA DE INFORME DE LIQUIDACION PRIMERA AUDITORIA
REV.35	SIN JUSTIFICACION PARA EL LEVANTAMIENTO DE OBJECION - CONTROL DOCUMENTAL Y TARIFAS

REV.36	ITEM PLANILLADO CON OBJECION ACEPTADA POR EL PRESTADOR

OBJECIÓN CONROL TÉCNICO MÉDICO	
ORD.	MOTIVO
CTM.1	PLANILLA DE CARGOS INDIVIUDAL SIN DETALLE DIARIO
CTM.2	DOCUMENTO MEDICO ILEGIBLE - SIN FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE
CTM.3	FORMULARIO 006/ EPICRISIS - FORMULARIO INCOMPLETO CON CASILLEROS VACÍOS SIN INFORMACIÓN O AUSENCIA DEL MISMO
CTM.4	PROTOCOLO OPERATORIO - FORMULARIO INCOMPLETO CON CASILLEROS VACÍOS SIN INFORMACIÓN O AUSENCIA DEL MISMO
CTM.5	PROTOCOLO DE ANESTESIA- FORMULARIO INCOMPLETO CON CASILLEROS VACÍOS SIN INFORMACIÓN O AUSENCIA DEL MISMO
CTM.6	BITACORA DIARIA EN UCI - FORMULARIO INCOMPLETO CON CASILLEROS VACÍOS SIN INFORMACIÓN O AUSENCIA DEL MISMO
CTM.7	FORMULARIO 008/ EMERGENCIAS - FORMULARIO INCOMPLETO CON CASILLEROS VACÍOS SIN INFORMACIÓN O AUSENCIA DEL MISMO
CTM.8	FORMULARIO 007/ INTERCONSULTA - FORMULARIO INCOMPLETO CON CASILLEROS VACÍOS SIN INFORMACIÓN O AUSENCIA DEL MISMO
CTM.9	FORMULARIO 010/ LABORATORIO - FORMULARIO INCOMPLETO CON CASILLEROS VACÍOS SIN INFORMACIÓN O AUSENCIA DEL MISMO
CTM.10	FORMULARIO 012/ IMAGEN -FORMULARIO INCOMPLETO CON CASILLEROS VACÍOS SIN INFORMACIÓN O AUSENCIA DEL MISMO
CTM.11	FORMULARIO 013/ ANATOMÍA PATOLÓGICA -FORMULARIO INCOMPLETO CON CASILLEROS VACÍOS SIN INFORMACIÓN O AUSENCIA DEL MISMO
CTM.12	FORMULARIO 119/ TRANSPORTE SECUNDARIO -FORMULARIO INCOMPLETO CON CASILLEROS VACÍOS SIN INFORMACIÓN O AUSENCIADEL MISMO
CTM.13	FORMULARIO 002/ CONSULTA EXTERNA -FORMULARIO INCOMPLETO CON CASILLEROS VACÍOS SIN INFORMACIÓN O AUSENCIADEL MISMO
CTM.14	FORMULARIO 033/ ODONTOLOGÍA -FORMULARIO INCOMPLETO CON CASILLEROS VACÍOS SIN INFORMACIÓN O AUSENCIA DEL MISMO
CTM.15	REGISTRO DE TERAPIA DE REHABILITACION - INCOMPLETO CON CASILLEROS VACÍOS SIN INFORMACIÓN O AUSENCIA DEL MISMO
CTM.16	MUESTRAS MULTIPLES - INCONSISTENCIA ENTRE MUESTRAS SOLICITADOS Y MUESTRAS REALIZADAS
CTM.17	ANEXO 2/ PREHOSPITALARIO - FORMULARIO INCOMPLETO CONCASILLEROS VACÍOS SIN INFORMACIÓN O AUSENCIA DEL MISMO
CTM.18	INFORME MEDICO INDIVIDUAL TRIMESTRAL - DATOS INCOMPLETOS O AUSENCIA DEL MISMO

CTM.19	INFORME TRABAJO SOCIAL - CAPACITACIONES - DATOS INCOMPLETOS O AUSENCIA DEL MISMO
CTM.20	REGISTRO DE ASISTENCIA A LAS SESIONES - SE VERIFICA DIFERENCIA ENTRE REGISTRO Y PLANILLAJE
CTM.21	PROCEDIMIENTO Y/O EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO - NO PERTINENTE O NO JUSTIFICADO
CTM.22	EXCEPCION DE COBERTURA SEGÚN NORMATIVA VIGENTE
CTM.23	EXAMENES DE IMAGEN Y/O LABORATORIO SIN INDICACION MEDICA
CTM.24	IMAGEN - AUSENCIA DE INFORME
CTM.25	MODIFICADORES UTILIZADOS NO CORRESPONDEN AL SERVICIO PLANILLADO
CTM.26	FARMACO NO CONTEMPLADO EN EL CUADRO NACIONAL DE MEDICAMENTOS BASICOS O SIN AUTORIZACIÓN.
CTM.27	TERAPIA FARMACOLOGICA NO JUSTIFICADA (INDICACION / TIEMPO)
CTM.28	ESTANCIAS PROLONGADAS SIN JUSTIFICACION MEDICA
CTM.29	UTILIZACION DE DISPOSITIVOS MÉDICOS NO JUSTIFICADO
CTM.30	DISPOSITIVO MÉDICO DE USO COLECTIVO DE ACUERDO A TARIFARIO NACIONAL DE PRESTACIONES DE SALUD
CTM.31	PLANILLAJE DE DISPOSITIVOS MÉDICOS NO UTILIZADOS O NO PERTINENTES
CTM.32	DISPOSITIVOS MÉDICOS INCLUIDOS EN EL DERECHO DE SALA
CTM.33	DIFERENCIA ENTRE LA FECHA DE LA PLANILLA Y LA FECHA DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO
CTM.34	NO SE JUSTIFICA LA CANTIDAD DE PROFESIONALES EN EL ACTO QUIRURGICO REALIZADO
CTM.35	CODIGO UTILIZADO EN EL PLANILLAJE NO APLICA PARA EL PROCEDIMIENTO REALIZADO
CTM.36	TRASLADO EN AMBULANCIA - SIN SOPORTE DE LA PRESTACION
CTM.37	HONORARIO INCLUIDO DENTRO DEL PROCEDIMIENTO
CTM.38	HONORARIO NO JUSTIFICADO O NO REGISTRADO
CTM.39	HONORARIO NO APLICABLE AL PROCEDIMIENTO.
CTM.40	HONORARIO INCLUIDO DENTRO DE PROCEDIMIENTO INTEGRAL (DESAGREGACION DE UN PROCEDIMIENTO)
CTM.41	HONORARIO DE ANESTESIA NO JUSTIFICADO O REGISTRADO
CTM.42	TIEMPO ANESTESIA NO JUSTIFICADO O NO REPORTADO
CTM.43	TIEMPO DE DERECHO DE SALA DE CIRUGIA NO JUSTIFICADO O NO REPORTADO
CTM.44	SIN JUSTIFICACION PARA EL LEVANTAMIENTO DE OBJECION - CONTROL TECNICO MEDICO
CTM.45	OBJECIÓN ACEPTADA POR EL PRESTADOR DE SALUD
CTM.46	UTILIZACION DE SALAS ESPECIALES NO JUSTIFICADAS
CTM.47	UTILIZACIÓN DE HABITACION DE AISLAMIENTO SIN JUSTIFICACIÓN
CTM.48	CARGO DE USO DE SALA NO JUSTIFICADO O NO PERTINENTE.
CTM.49	PROCEDIMIENTO NO REGISTRADO EN EL TARIFARIO (NO HOMOLOGADO)
CTM.50	CARGOS DE ALIMENTACION NO JUSTIFICADOS

CTM.51	CARGOS DE HABITACION NO JUSTIFICADOS
OBJECIÓN CONROL DE TARIFAS	
ORD.	MOTIVO
LQD.1	DIFERENCIA ENTRE VALOR PLANILLADO CON EL SEÑALADO EN EL TARIFARIO O CONVENIO
LQD.2	SE APLICA OBJECION DE PERTINENCIA MEDICA
LQD.3	SE RECONOCE CON EL CODIGO INDICADO EN CONTROL TECNICO MEDICO
LQD.4	FARMACO CON PRECIO MAYOR A LA NORMATIVA VIGENTE
LQD.5	NO SE RECONOCEN VALORES DE FARMACOS O DISPOSITIVOS MÉDICOS POR INCUMPLIMIENTO DE DECLARACION JURAMENTADA
LQD.6	DISPOSITIVOS MÉDICOS QUE REQUIERE JUSTIFICACIÓN (POR EL VALOR ECONOMICO PLANILLADO)

ANEXO 11

DOCUMENTOS HABILITANTES - DISPOSICIÓN TRANSITORIA

SERVICIO	DOCUMENTOS HABILITANTES RPIS
HOSPITALIZACIÓN	1.- Planilla Individual
	2.- Epicrisis
	3.- Protocolo Operatorio (Casos Quirúrgicos)
	4.- Hojas de Anestesia (Casos Quirúrgicos)
	5.- Bitácora diaria (Pacientes que permanecieron en Terapia Intensiva)
	6.- Consulta de Cobertura de Salud
EMERGENCIA	1.- Planilla Individual
	2.- Copia del Formulario 008 /Emergencia
	3.- Consulta de Cobertura de Salud
AMBULATORIO	1.- Planilla Individual
	2.- Copia de solicitudes de exámenes e imagen
	3.- Consulta de Cobertura de Salud
DIALISIS	1.- Planilla Individual
	2.- Registro mensual de cumplimiento de sesiones por paciente
	3.- Informe Médico individual detallado (trimestral por paciente)
	4.- Consulta de Cobertura de Salud

Los documentos habilitantes para los prestadores de la RPC, son los que se encuentren vigente conforme a la fecha de prestación

FIRMAS DE LOS PROFESIONALES MEDICOS EN DOCUMENTOS HABILITANTES

En el caso de:
Historia clínica Digital: Se validará con:
1.- Informe de la Dirección de Tecnología o quien haga sus veces, en la que se indique que la información extraída corresponde a la historia clínica digital del usuario/paciente y que fue llenada con las credenciales del profesional, de tal maneraque certifique que las credenciales de los profesionales son únicas y que cada uno es responsable de la misma.
Historia Clínica Física:
1.- Declaración juramentada firmada por la máxima autoridad de la institución en lacual se establezca que se efectuó la prestación de los expedientes presentados.

Razón: Certifico que el presente documento es materialización del Acuerdo Ministerial Nro. 00140-2023, dictado y firmado por el señor Dr. José Leonardo Ruales Estupiñan, **Ministro de Salud Pública**, el 12 de mayo de 2023.

El Acuerdo en formato digital se custodia en el repositorio de la Dirección de Gestión Documental y Atención al Usuario al cual me remitiré en caso de ser necesario.

Lo certifico.-

Firmado electrónicamente por:
CECILIA IVONNE ORTIZ YEPEZ

Mgs. Cecilia Ivonne Ortiz Yépez
DIRECTORA DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y ATENCIÓN AL USUARIO
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



ABG. JAQUELINE VARGAS CAMACHO
DIRECTORA - SUBROGANTE

Quito:
Calle Mañosca 201 y Av. 10 de Agosto
Telf.: 3941-800
Exts.: 3131 - 3134

www.registroficial.gob.ec

NGA/PC

El Pleno de la Corte Constitucional mediante Resolución Administrativa No. 010-AD-CC-2019, resolvió la gratuidad de la publicación virtual del Registro Oficial y sus productos, así como la eliminación de su publicación en sustrato papel, como un derecho de acceso gratuito de la información a la ciudadanía ecuatoriana.

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

El Registro Oficial no se responsabiliza por los errores ortográficos, gramaticales, de fondo y/o de forma que contengan los documentos publicados, dichos documentos remitidos por las diferentes instituciones para su publicación, son transcritos fielmente a sus originales, los mismos que se encuentran archivados y son nuestro respaldo.