



No.

0091-2017

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

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

Que, el artículo 226 de la citada Constitución de la República establece que las instituciones del Estado, sus organismos, dependencias, las servidoras o servidores públicos y las personas que actúen en virtud de una potestad estatal, ejercerán solamente las competencias y facultades que les sean atribuidas en la Constitución y la ley;

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 Suprema;

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 citada Constitución de la República, en el artículo 361, determina que el Estado ejercerá la rectoría del Sistema Nacional de Salud a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, quien será 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;

del

Handwritten signatures and initials in blue ink.



Que, la Carta Fundamental, en el artículo 369, determina que el seguro universal obligatorio cubrirá las contingencias de enfermedad y maternidad, entre otros, 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, 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, conforme lo dispone el artículo 370 de la Carta Fundamental del Estado ecuatoriano;

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, señala: *“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, la citada *“Ley Orgánica que Regula a las Compañías que Financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que Oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica”*, en su Disposición General Quinta determina: *“Las compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada o de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, deberán cancelar o reembolsar a la institución de la Red Pública Integral de Salud, los montos o valores que por atenciones médicas en sus unidades se hayan efectuado a personas que también sean titulares y/o beneficiarios de seguro privado de salud y/o medicina prepagada, hasta el monto de lo contratado.*

En el caso de que la prestación se haya efectuado en una institución de salud privada y, siempre que haya mediado la respectiva derivación, las compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada o de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, deberán cancelar al establecimiento de salud privado o reembolsar a la institución de la Red Pública Integral de Salud los pagos efectuados por dichas atenciones, hasta el monto de lo contratado.”;

Que, el artículo 2 de la *“Ley Orgánica de Incentivos Tributarios para varios Sectores Productivos e Interpretativa del Artículo 547 del Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización”*, en el artículo 2, señala: *“Las instituciones de la Red Pública Integral de Salud podrán*

reconocer hasta los montos establecidos en el tarifario emitido por la Autoridad Sanitaria Nacional, los gastos que sus afiliados o usuarios deban pagar por concepto de excedente no cubierto por las compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada o de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, siempre que se haya efectuado la prestación en un establecimiento de salud privado debidamente calificado o acreditado de conformidad a lo definido en la norma técnica establecida para el efecto.

El pago referido en el inciso anterior solo se podrá efectuar siempre que se realice la respectiva derivación, la cual será autorizada por la institución de la Red Pública Integral de Salud en los casos en que por no disponibilidad o que, con el afán de garantizar el debido acceso al derecho a la salud y seguridad social, se justifique dicha derivación, bajo responsabilidad administrativa, civil y/o penal de todos los funcionarios y/o particulares involucrados directa o indirectamente en el proceso de derivación, sin perjuicio de su grado de participación en la acción u omisión ilícita; el pago se efectuará previa la revisión de pertinencia técnica médica y de facturación que se realice para el efecto. Igual disposición aplicará para todos los demás casos de derivaciones que puede efectuar la institución de la Red Pública Integral de Salud, permitidas por la normativa vigente.”;

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 señalado en el artículo 52 de la Ley Orgánica de Movilidad Humana;

Que, el “*Reglamento a la Ley Orgánica que Regula a las Compañías que Financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que Oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica*”, en la Disposición Transitoria Segunda, dispone a la Autoridad Sanitaria Nacional, en el plazo de hasta ciento veinte días contados a partir de la publicación de este Reglamento en el Registro Oficial, expedirá la normativa necesaria para determinar los procedimientos, mecanismos y sistemas que, de manera progresiva y en consideración a su capacidad de pago, se requiera para efectuar la determinación de los montos que las empresas de salud

prepagada o de seguro privado deban cancelar a las instituciones de la Red Pública Integral de Salud, de conformidad a lo dispuesto en la Disposición General Quinta de la Ley Orgánica que Regula a las Compañías que Financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que Oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica;

Que, con Decreto Ejecutivo No. 805 publicado en el Suplemento del Registro Oficial No. 863 de 17 de octubre de 2016 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, servicio que estará adscrito al Ministerio de Transporte y Obras Públicas;

Que, el Convenio Marco Interinstitucional No. 17 suscrito el 10 de abril de 2015 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, vinculante, obligatorios y de inmediato cumplimiento para los MIEMBROS DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD, conforme establece la Constitución y la Ley.”;*

Que, mediante Acuerdo Ministerial No. 137, publicado en la Edición Especial del Registro Oficial No. 835 de 17 de enero de 2017, el Ministerio de Salud Pública emitió la *“Norma Técnica de Relacionamento para la Prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria, y su Reconocimiento Económico”;*

Que, es necesario armonizar la Norma con los criterios técnicos y jurídicos de la Ley Orgánica que Regula a las Compañías que Financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que Oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica y su Reglamento que señala que el Ministerio de Salud Pública debe desarrollar la normativa técnica sanitaria para lo cual ha emitido los lineamientos sanitarios para la aplicación del referido Reglamento; y, que esta Cartera de Estado conjuntamente con las instituciones que conforman la Red Pública Integral de Salud, ha establecido los procedimientos para la aplicación de la prelación de pagos y coordinación de beneficios que la Ley dispone; y,

Que, mediante memorando No. MSP-VGVS-2017-0703-M de 16 de junio de 2017, el Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud solicita la elaboración del presente Acuerdo Ministerial, para lo que adjunta el informe técnico respectivo.

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES CONFERIDAS POR LOS ARTÍCULOS 154, NUMERAL 1 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA Y 17 DEL ESTATUTO DEL RÉGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA

ACUERDA:

EMITIR 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.

**CAPITULO I
DEL OBJETO Y ÁMBITO**

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

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

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

CAPITULO II DE LOS BENEFICIARIOS

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

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

1. Al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social-IESS:

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

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

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

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

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

4. Al Ministerio de Salud Pública-MSP:

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

- e. Prestaciones de maternidad de afiliadas a los seguros sociales o con cobertura de compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada y seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, en el tiempo de espera o en los períodos de carencia, o en caso de que de acuerdo a las condiciones del plan contratado, no tengan esta cobertura; y,
- f. Extranjeros que no han obtenido residencia temporal o definitiva.

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

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

CAPÍTULO III DE LA COBERTURA Y EXCEPCIONES

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

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

- a. Cirugía plástica con fines exclusivamente cosméticos y estéticos.
- b. Chequeos clínicos ejecutivos.
- c. Tratamientos especializados de infertilidad.
- d. Tratamientos de adelgazamiento sin indicación médica.
- e. Tratamientos experimentales o sin evidencia científica.
- f. Tratamientos de ortodoncia con fines estéticos.
- g. Habitación individual que no responda a lo dispuesto en la normativa vigente específica sobre el tema.
- h. Gastos de acompañante no contemplados en disposiciones específicas.
- i. Insumos de entretenimiento: revistas, películas, periódicos, servicio pagado de televisión y similares, servicios de comunicación: fax, teléfono, correo, celular, internet y similares.

CAPITULO IV DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Sección 1 De la Gratuidad y Oportunidad de la Atención

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

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

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

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

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

Los neonatos, embarazadas con alto riesgo, pacientes en situación de emergencia y pacientes con patologías catastróficas ya diagnosticadas, pueden ser derivados directamente desde el Primer Nivel al Tercer Nivel, en procura de garantizar la oportunidad de la atención y salvaguardar su vida.

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

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

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

b) En el caso que se requiera otorgar una prestación de salud indispensable para el adecuado manejo del usuario/paciente, la cual no haya sido autorizada

inicialmente por el establecimiento de salud que deriva, el establecimiento de salud receptor procederá a dar la atención integral necesaria para salvaguardar la vida e integridad del paciente, sea o no una situación o prestación de emergencia o urgencia. En el respectivo trámite, se enviará a la entidad financiadora un informe técnico para regularizar la prestación de salud otorgada.

- c) Los establecimientos de salud brindarán la atención al usuario/paciente por la patología por la que fue derivado, así como por las patologías concurrentes, agudas, crónicas o que aparecieran mientras se encuentra ingresado en ese establecimiento de salud. En el respectivo trámite, se enviará a la entidad financiadora un informe técnico para regularizar la prestación de salud otorgada.
- d) Los establecimientos prestadores de servicios de salud, están obligados a mantener la atención de aquellos usuarios/pacientes que son beneficiarios de un financiador/asegurador de un subsistema diferente, pero que son habitués de ese prestador; tal la situación de cónyuges de militares o de policías, que son a la vez titulares del IESS, y que son usuarios/as de los servicios de salud de las Fuerzas Armadas o de la Policía Nacional; en tales casos los prestadores de servicios deben mantener la atención de los/las pacientes y el financiador/asegurador público deberá reconocer el valor generado por la prestación sanitaria. No se requiere presentación de código de validación, ni de formulario 053.
- e) No se negará la atención en salud en las auto derivaciones al servicio de emergencia o al Primer Nivel, en las instituciones de la Red Pública Integral de Salud por causa de falta de documentos de identificación, o porque el paciente pertenezca a otro subsistema.
- f) El incumplimiento de estas disposiciones será sancionado conforme a la normativa vigente.

Sección 2

Del Proceso de Derivación

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

El establecimiento de salud que recibe al usuario/paciente, informará al establecimiento de salud de la Red Pública Integral de Salud que deriva, a través de correo electrónico, teléfono o cualquier otro medio, sobre la recepción del

mismo y confirmará el servicio, el número de cama y, de ser posible, el nombre del médico tratante.

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

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

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

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

La decisión considerará criterios de capacidad resolutive, oportunidad, accesibilidad y georreferenciación.

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

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

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

La derivación deberá, en lo posible, utilizar las micro redes locales (RPIS y RPC); se derivará a las macro redes los casos en los que efectivamente sea insuficiente la capacidad resolutive local.

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

La derivación debe garantizar que el paciente efectivamente reciba la atención integral que requiere según su necesidad de salud.

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

Para el caso de derivaciones a procedimientos ambulatorios que no pudieron ser realizadas en el propio establecimiento, es válido que el formulario de derivación correspondiente, sea firmado por el Jefe del Servicio donde no fue posible brindar la atención.

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

- a. Accesibilidad geográfica;
- b. Insuficiente capacidad resolutive, tales como:
 - Falta de espacio físico;
 - Falta de equipamiento específico;
 - Problemas de infraestructura;
 - Problema de abastecimiento específico; y,
 - Falta de personal específico, en los establecimientos de salud de la red de su pertenencia.

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

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

Sección 3 De los Casos de Derivación

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

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

El código que emita un miembro de la RPIS es válido para la derivación de un paciente a la RPC, aunque el paciente pertenezca a un subsistema distinto al que emite el código. Por tanto, es obligatorio para la Institución financiadora/aseguradora, aceptar el código dado como habilitante del pago.

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

Los códigos de validación tendrán la siguiente vigencia:

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

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

Parágrafo 1^o De la Derivación Programada

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

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

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

- a. **Examen individual.-** Para solicitar exámenes individuales de laboratorio, se utilizará el Formulario 010-Pedido de laboratorio clínico (Anexo 6); para procedimientos de imagen el Formulario 012-Pedido de Imagenología (Anexo 7) o el formulario 013 (Anexo 17) para pedidos de patología.

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

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

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

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

Art. 22.- Derivación para interconsulta o consulta especializada.- En casos de interconsulta o consulta especializada, se utilizará el Formulario 007-Interconsulta (Anexo 8).

Parágrafo 2^{do} De la Derivación por Emergencia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Parágrafo 3^{ro} De la Auto-derivación

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

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

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

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

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

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

Si la cobertura será compartida en el financiamiento el código de validación, únicamente requerido para los prestadores privados, lo entregará el asegurador/financiador del subsistema que deriva al paciente. El código

entregado respalda el servicio y su pago y aplica a todos los financiadores/aseguradores que compartan la cobertura del paciente.

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

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

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

Adulto

- Frecuencia Cardíaca < 50 x min.
- Frecuencia Cardíaca > 150 x min.
- Presión Arterial Sistólica < 90 mmHg.

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

Pediátrico – Lactante

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

Pediátrico - Pre Escolar

- Frecuencia Cardíaca ≤ 60 x min.
- Frecuencia Cardíaca ≥ 180 x min.
- Presión Arterial Sistólica < 80 mmHg.
- Frecuencia Respiratoria > a 40 x min. (sin fiebre).
- Saturación de oxígeno ≤ a 85%.

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

Listado B.

Lista de Condición de Salud según Prioridad – Prioridad II

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

1. Crisis asmática con broncoespasmo moderado.
2. Diabetes Mellitus descompensada. (Hipoglicemia moderada o severa, estado hiperosmolar no cetótico, cetoacidosis).

3. Hemoptisis.
4. Dolor abdominal con signos y síntomas de abdomen agudo.
5. Convulsión reciente en paciente consciente.
6. Síndromes confusionales.
7. Dolor torácico no cardiogénico, (Dolor pleurítico o traumático) con compromiso hemodinámico.
8. Arritmias de nueva aparición, arritmias preexistentes descompensadas, sin compromiso hemodinámico.
9. Sangrado gastrointestinal activo, con signos vitales estables.
10. Paciente con trastornos en el sensorio (Amaurosis, ceguera, hipoacusia, sordera súbitas de aparecimiento agudo).
11. Hipotonía, flacidez muscular aguda y de evolución progresiva.
12. Descompensación (Insuficiencia aguda) hepática.
13. Hernias de pared abdominal, cuando presenten signos de encarcelación y sufrimiento intestinal.
14. Signos y síntomas de descompensación tiroidea (Tormenta tiroidea).
15. Fracturas expuestas o múltiples, o con inestabilidad que ponga en riesgo la vida del paciente.
16. Herida amplia o en región especial, con sangrado activo o exposición de estructuras neurovasculares, óseas u otras, que requiere sutura inmediata.
17. Trauma ocular grave (Perforación, laceración, avulsión) o desprendimiento de retina.
18. Síndrome febril o Infección en paciente Inmunocomprometido.
19. Pacientes Post-Operados de cirugía altamente especializada o pacientes en programa de hemodiálisis, con síntomas y signos agudos.
20. Coagulopatía sin descompensación hemodinámica.
21. Cefalea con antecedentes de trauma craneal.
22. Síndrome meníngeo.
23. Síntomas y signos de trombosis / embolia vasculares agudas.
24. Alteraciones en diálisis / descompensación del paciente insuficiente renal.
25. Agresión sexual.
26. Cuerpos extraños en esófago, tráquea y estómago, con riesgo para la vida.
27. Pacientes con crisis de ansiedad / pánico.
28. Cuadro de demencia con conducta psicótica.
29. Infecciones graves (En estado séptico).
30. Herpes Zoster ocular.
31. Problemas específicos en pacientes obstétricas:
 - a. Hemorragia de cualquier trimestre del embarazo.
 - b. Aborto provocado no terapéutico o intento fallido de aborto.
 - c. Amenaza de parto pre término.
 - d. Gestante de 2º y 3º trimestre que reporta ausencia de movimientos fetales.
 - e. Sangrado post-parto.
 - f. Pre eclampsia con signos de alerta, eclampsia, Síndrome HELLP.
 - g. Sufrimiento fetal agudo.
 - h. Trauma Abdominal.
 - i. Deshidratación por hiperémesis.
 - j. Cefalea (moderada a grave) asociado a epigastralgia.
 - k. Edema Generalizado.

32. Problemas específicos en pacientes pediátricos:
- a. Sepsis en pacientes con prematuridad / bajo peso.
 - b. Niños con fiebre y petequias o púrpura.
 - c. Convulsiones de reciente apareamiento, síncope o mareos.
 - d. Cefalea / epistaxis no controlada.
 - e. Quemaduras en región especial o en al menos del 10% de área corporal.
 - f. Trauma ocular.
 - g. Laceración / herida con sangrado activo, que requiere sutura.
 - h. Niños que han sufrido agresión física.
33. Cualquier otro caso que amerite atención inmediata en Emergencia.

Parágrafo 4^{to} **De la Derivación de Pacientes al Servicio de Diálisis**

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

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

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

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

Parágrafo 5^{to} **De la Derivación de Pacientes para Trasplantes**

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

Art. 29.- Proceso.- La actividad de donación y trasplante de órganos, tejidos y células, incluida la terapia celular o regenerativa, la ingeniería tisular y el

xenotrasplante, estará sujeta a las disposiciones señaladas en la Ley Orgánica de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células, su Reglamento de aplicación; y, a las disposiciones y resoluciones que emita la Autoridad Sanitaria Nacional y el Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células – INDOT.

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

1. La procuración de órganos, según lo establecido en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud; incluyendo transporte aéreo, terrestre, fluvial o marítimo para el equipo procurador.
2. Gastos por 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.
3. Gastos por la atención en salud pre trasplante, durante el trasplante y posterior al trasplante del paciente.
4. Transporte aéreo según indicación médica para el paciente, el donante, un familiar acompañante y el necesario personal médico de soporte, de ser el caso.
5. Gastos de trasplante en el exterior, según lo dispuesto en la Norma aprobada por la Autoridad Sanitaria Nacional. Los gastos generados por estas atenciones serán responsabilidad del subsistema al que pertenece el afiliado.
6. 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 subsistemas financiadores/aseguradores priorizarán el financiamiento oportuno de los trasplantes requeridos por sus usuarios y la auditoría de la calidad de los servicios de salud, garantizando el pronto pago de las prestaciones, según las condiciones especiales señaladas en la presente Norma.

Parágrafo 6^{to} Del Transporte Sanitario

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

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

Parágrafo 7^{mo} De la Cobertura por Gastos del Acompañante

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

- a) Dieta: alimentación provista por el establecimiento de salud.
- b) Cama de acompañante: cuando la disponibilidad del establecimiento de salud lo permita, excepto cuando el paciente se encuentre ingresado en servicios críticos como: Terapia intensiva, terapia intensiva neonatal, servicio de quemado y aislamiento.
- c) Transporte: cuando la condición del paciente lo amerite, según indicación médica.
- d) Transporte sanitario aéreo: siempre que las condiciones de la aeronave lo permitan.

Art. 32.- Casos.- Las coberturas detalladas en el artículo 31, se otorgarán en los siguientes casos, dependiendo de la funcionalidad y capacidad del establecimiento de salud:

- a. Cuando se trate de niñas, niños o adolescentes, menores a 18 años.
- b. Personas con discapacidades severas o condiciones discapacitantes permanente o temporales.
- c. Adultos, mayores de 75 años.
- d. Cuando haya absoluta necesidad de un intérprete o traductor.

Sección 4 Del Reconocimiento Económico

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

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

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

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

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

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

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

La factura puede comprender planillas de hospitalización que incluyan atenciones de pacientes que comprenden internamientos de varios días consecutivos en meses consecutivos, para lo que se planillará con la fecha de alta del paciente.

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

1. Ministerio de Salud Pública:

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

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

2. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social:

- a. Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud de Pichincha: Pichincha, Napo, Orellana.
- b. Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud de Tungurahua: Cotopaxi, Tungurahua, Pastaza.
- c. Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud de Manabí: Manabí, Santo Domingo de los Tsáchilas.
- d. Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud de Loja: Loja y Zamora Chinchipe.

- e. Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud de Imbabura: Imbabura, Carchi, Sucumbíos, Esmeraldas.
- f. Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud de Azuay: Azuay, Cañar, Morona Santiago.
- g. Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud de Guayas: Guayas, Santa Elena, Los Ríos, Galápagos, Bolívar
- h. Jefatura de la Unidad Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud de El Oro: El Oro
- i. Jefatura de la Unidad Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud de Chimborazo: Chimborazo.

3. Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas:

- a. Dirección del Seguro de Salud en Quito: Carchi, Imbabura, Pichincha, Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo, Bolívar, Cañar, Azuay, Loja, Orellana, Sucumbíos, Napo, Pastaza, Morona Santiago, Zamora Chinchipe, Esmeraldas, Santo Domingo de los Tsáchilas.
- b. Regional del Litoral en Guayaquil: Guayas, Santa Elena, Manabí, El Oro, Los Ríos y Galápagos.

4. Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional:

- a. Hospital Quito No.1: Pichincha
- b. Hospital Guayaquil No. 2: Guayas
- c. Dirección Nacional de Salud de la Policía en Quito: Carchi, Imbabura, Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo, Bolívar, Cañar, Azuay, Loja, Orellana, Sucumbíos, Napo, Pastaza, Morona Santiago, Zamora Chinchipe, Esmeraldas, Santo Domingo de los Tsáchilas, Santa Elena, Manabí, El Oro, Los Ríos y Galápagos.

5. SPPAT: Operadora Única /Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito.

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

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

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

- a. Prestador;
- b. Número de Trámite;
- c. Tipo de Servicio;

- d. Mes y año de prestación del servicio. Para los servicios de internación/hospitalización se considerará la fecha de alta del paciente; y,
- e. Número de expedientes.

Sección 5

De la Prelación de Pagos

Art. 39.- Prelación de pagos.- Las instituciones financiadoras/aseguradoras públicas y privadas, participarán responsable, solidaria y equitativamente en el pago de las atenciones que reciban sus beneficiarios; por tanto, los establecimientos prestadores de servicios de salud requerirán el pago de las prestaciones dadas, según el siguiente orden de prioridad:

- a. Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito (SPPAT), hasta el total de la cobertura; de existir un excedente se aplicará su cobro a las compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, hasta el total del monto contratado, conforme las condiciones de cobertura de cada plan. El excedente de esta cobertura se aplicará a la Seguridad Social o al Ministerio de Salud Pública, según corresponda.
- b. Si el paciente no cuenta con la cobertura de una compañía de salud prepagada o seguro de asistencia médica, el excedente se aplicará a la Seguridad Social o al Ministerio de Salud Pública, según corresponda.
- c. Compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, hasta el total del monto contratado, conforme las condiciones de cobertura de cada plan de asistencia médica. De existir un excedente se aplicará su cobro a la Seguridad Social o al Ministerio de Salud Pública, según corresponda.

En caso de que el titular y/o beneficiario cuente con más de un contrato o seguro de atención integral de salud prepagada o asistencia médica, se aplicará primero el seguro de mayor antigüedad y en caso de extinguirse esta cobertura se continuará con los siguientes seguros de los cuales es titular o usuario/beneficiario paciente, usuario/paciente hasta cubrir el monto de la atención.

De existir un excedente no cubierto, se aplicará su cobro a la institución de la Red Pública Integral de Salud, según corresponda su derecho. Para la definición de los límites de los reconocimientos económicos, se aplicará lo dispuesto en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, lo dispuesto en otras disposiciones de la Autoridad Sanitaria Nacional y el proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud, descrito en la presente Norma.

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

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

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

Consideraciones especiales:

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

Prelación:

1. Usuario/paciente que sea titular de dos seguros sociales, como en el caso de militar o policía en servicio pasivo con beneficio de pensión de retiro y a la vez afiliado activo en el IESS, la cobertura de la prestación de salud estará a cargo de la Institución en la que se encuentra aportando; en este caso, la cobertura de la prestación de salud será responsabilidad del IESS.
2. Usuario/paciente, militar o policía en servicio pasivo y a la vez jubilado del IESS, que cuente además con la cobertura de un plan de atención integral de salud prepagada o de un contrato de seguro de asistencia médica, la cobertura de la prestación de salud estará primero a cargo de la compañía de atención integral de salud prepagada o de la compañía de seguros; y,

superado el monto de la cobertura contratada, será de responsabilidad del primer seguro al cual se afilió.

3. Usuario/paciente, militar o policía en servicio pasivo y a la vez jubilado del IESS, la cobertura de la prestación de salud será de responsabilidad del primer seguro al cual se afilió.
4. Usuario/paciente pensionista de montepío en dos o tres subsistemas de aseguramiento en salud, que cuente además con la cobertura de un plan de atención integral de salud prepagada o de un contrato de seguro de asistencia médica, la cobertura de la prestación de salud estará primero a cargo de la compañía de atención integral de salud prepagada o de la compañía de seguros; y, superado el monto de la cobertura contratada, la cobertura de la prestación de salud será otorgada por los seguros públicos en partes iguales.
5. Usuario/paciente pensionista de montepío en dos o tres subsistemas de aseguramiento en salud, la cobertura de la prestación de salud será otorgada por los seguros públicos en partes iguales.
6. Usuario/paciente que es titular de un seguro y dependiente de otro, la cobertura de salud es responsabilidad del subsistema del cual es titular; como en los siguientes casos:
 - a. El/la cónyuge de militar o policía activo o pasivo, que goza de cobertura total para salud en el ISSFA o ISSPOL respectivamente, como dependiente y que tiene cobertura en el IESS, por estar afiliado o ser jubilado, el pago de las prestaciones de salud será responsabilidad del IESS.
 - b. El/la cónyuge de militar en servicio activo o pasivo, que goza de cobertura total para salud como dependiente en el ISSFA; y, tiene cobertura en el ISSPOL, por ser policía en servicio activo o pasivo, el pago de las prestaciones de salud será responsabilidad del ISSPOL.
 - c. El/la cónyuge de policía en servicio activo o pasivo, que goza de cobertura total como dependiente para salud en el ISSPOL; y, que tiene cobertura en el ISSFA, por ser militar en servicio activo o pasivo, el pago de las prestaciones de salud es responsabilidad del ISSFA.
7. Usuario/paciente dependiente de dos asegurados titulares en el ISSPOL, recibirá por parte del ISSPOL el 100% de la cobertura del valor del total de los servicios de salud brindados.
8. Usuario/paciente dependiente de asegurado titular del ISSFA o ISSPOL, con cobertura parcial, el porcentaje de la prestación de salud no cubierta por éstos, será responsabilidad del Ministerio de Salud Pública.
9. En los casos que no estén contemplados en los numerales precedentes, se procederá a equiparar, siguiendo el mismo sentido antes descrito.

10. Usuario/paciente que sea titular de dos seguros sociales y cuente además con la cobertura de un plan de atención integral de salud prepagada o de un contrato de seguro de asistencia médica, como en el caso de militar o policía en servicio pasivo con beneficio de pensión de retiro y a la vez afiliado activo en el IESS, la cobertura de la prestación de salud estará primero a cargo de la compañía de atención integral de salud prepagada o de la compañía de seguros; y, superado el monto de la cobertura contratada, a cargo de la Institución en la que se encuentra aportando; en este caso será responsabilidad del IESS.

11. Usuario/paciente dependiente de dos subsistemas de aseguramiento público en salud, y que no cuente con aseguramiento privado, la cobertura de la prestación será otorgada por los dos subsistemas en partes iguales.

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

En los casos que las atenciones correspondan a pacientes afectados por accidentes de tránsito, se aplicará la prelación de pago en primer lugar al SPPAT hasta el límite de su cobertura, luego a la compañía de atención integral de salud prepagada o de la compañía de seguros; y superado el monto contratado, a continuación, a la seguridad social o al Ministerio de Salud Pública, según corresponda.

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

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

Sección 1 Del Objeto y los Principios

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

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

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

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

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

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

- a. No se aplicarán criterios personales, discrecionales o requerirá información diferente a la señalada en esta Norma.
- b. Para la aplicación de métodos estadísticos en el Control Técnico Médico de Pertinencia Médica, en las Instituciones de la Red Pública Integral de Salud, respecto de las prestaciones de salud otorgadas por los establecimientos de salud públicos y privados, se aplicará la Norma vigente que sobre el tema haya emitido la Autoridad Sanitaria Nacional.
- c. El personal no médico, sólo podrá revisar los documentos médicos en lo referente a la forma, pero no en lo referente a la pertinencia técnica.
- d. El financiador/asegurador no puede requerir al prestador de salud la entrega de la historia clínica o su copia, sin la autorización escrita firmada por el paciente o representante legal de la persona a la que corresponda la historia, de acuerdo con el Reglamento para el Manejo de Información Confidencial en el Sistema Nacional de Salud.

- e. La revisión de pertinencia médica de la auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud, no es una auditoría de caso clínico.
- f. El médico que realiza control técnico médico en la auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud, no debe ser llamado para ejecutar auditoría de caso clínico o calificación de prestadores de servicios de salud.
- g. La identificación de un prestador de diferente nivel de complejidad al que se requería por la condición de salud, se aplica para establecer correctivos en los mecanismos de derivación y referencia. Por tanto, no es causa de débito al prestador, pero sí de observación al derivador.
- h. La mala calidad de la información del Formulario-053 Referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa, no es causa de objeción o débito al prestador, pues no es de su responsabilidad, sino de observación al establecimiento de salud que realiza la derivación.
- i. Para el levantamiento de objeciones se aplicará lo establecido en esta Norma, y no es necesario volver a enviar documentos ya incluidos en el trámite original.
- j. Las planillas individuales se consolidarán en una factura global mensual por servicio, es decir una por cada atención en internación/hospitalización, ambulatoria, emergencia, pre-hospitalario; y, diálisis.
- k. Para que el establecimiento de salud brinde la atención para tratamiento integral y continuo, de acuerdo con la necesidad de salud del usuario/paciente, bastará el Formulario 053-Referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa o la entrega del código de validación, únicamente para la Red Privada Complementaria.
- l. El tratamiento integral es el conjunto de prestaciones y actividades de salud, necesarias y requeridas para realizar diagnóstico, tratamiento, evaluación y seguimiento de un paciente que padezca una alteración en su estado de salud. Incluye atenciones en emergencia, consulta externa, servicios profesionales, auxiliares de diagnóstico y tratamiento, servicios institucionales, provisión de medicamentos, dispositivos médicos, incluso los de uso domiciliario.
- m. El proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud, debe garantizar la confidencialidad de la información del usuario/paciente y del prestador de los servicios de salud.
- n. Para evitar conflictos de interés, el personal que desarrolle esta actividad no cumplirá otras actividades diferentes a este proceso, tales como atención para derivaciones, autorizaciones, coordinación de atenciones con prestadores públicos y privados. Para tal fin, los financiadores/aseguradores deberán constituir equipos técnicos independientes a cargo de cada proceso.

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

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

estar debidamente probadas y deberán garantizar la confiabilidad de sus resultados.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- a. Oficio/memorando de solicitud de pago (Anexo 3).
- b. Planilla consolidada.
- c. Planillas individuales originales.
- d. Certificado de afiliación o consulta en línea de cobertura de salud. En caso de menores de edad las de sus padres.
- e. Código de validación, en los casos que dispone esta Norma y únicamente para la Red Privada Complementaria.
- f. Acta Entrega – Recepción, según dispone esta Norma y solamente para prestadores de la Red Privada Complementaria.

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

1. Internación/hospitalización:

- a. Formulario 053-Referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa; o nota de ingreso a internación/hospitalización, en caso de pacientes que, por su condición crítica de salud, o por criterio médico, ingresan directamente al servicio de internación/hospitalización.
- b. Copia del Formulario 006-Epicrisis.
- c. Copia del Formulario 008-Emergencia, si el paciente fue atendido por emergencia.
- d. Copia del Formulario - Atención Pre-hospitalaria, en el caso de que la planilla incluya servicios pre-hospitalarios.
- e. Copias del protocolo operatorio y del protocolo anestésico, en casos de cirugías.
- f. Copia de la bitácora diaria para casos de internación/hospitalización en el servicio de terapia intensiva.

2. Ambulatoria:

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

3. Emergencia:

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

4. Pre-hospitalario:

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

5. Diálisis:

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

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

- a) Oficio/memorando de solicitud de pago (Anexo 3).
- b) Planilla según tarifa acordada, este es un pago por paquete y no requiere planilla detallada.
- c) Certificado de afiliación o consulta en línea de cobertura de salud. En caso de menores de edad las de sus padres.
- d) Código de validación, únicamente para los prestadores de la Red Privada Complementaria.
- e) Acta Entrega-Recepción.
- f) Formulario 053-Referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa; o nota de ingreso a internación/hospitalización, en caso de pacientes que por su condición crítica de salud o por criterio médico, ingresan directamente al servicio de internación/hospitalización.
- g) Copia del Formulario 006-Epicrisis.
- h) Copia del Formulario 008-Emergencia, si el paciente fue atendido en el Servicio de Emergencia.
- i) Copia del Formulario-Atención Pre hospitalaria, en el caso de que la planilla incluya servicios pre-hospitalarios.
- j) Copia del protocolo operatorio y copia del protocolo anestésico.

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

- a) Oficio de solicitud de pago.

b) Planilla de cargos consolidada detallada, con base en el registro de atenciones.

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

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

Sección 2^{da} De los Tiempos del Proceso

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

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

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

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

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

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

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

Art. 58.- Término de la auditoría al levantamiento de objeciones. - La auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud tendrá un término de

hasta cuarenta y cinco (45) días laborables, luego de haber recibido completa la documentación de respaldo, para procesar el levantamiento de objeción.

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

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

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

Art. 62.- Excepciones.- En caso de problemas de orden tecnológico, robo, hurto, desastre natural, conmoción nacional, u otros de similares características, los subsistemas pueden recibir trámites fuera de los términos establecidos en los artículos anteriores, para lo que los prestadores de servicios de salud deberán presentar una solicitud debidamente motivada a los ordenadores de gasto de cada institución, adjuntando los justificativos correspondientes.

Es facultad de los ordenadores de gasto y de los ordenadores de pago, el autorizar la recepción de los expedientes y/o trámites luego de la evaluación de la información justificativa presentada.

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

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

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

Sección 3^{ra} **Fases de la Auditoría**

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

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

Parágrafo 1^{ro} Del Control Documental

Art. 65.- Control documental.- Constituye el proceso de recepción y revisión de los documentos presentados por el prestador de servicios de salud, que solicita el pago de las prestaciones de salud.

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

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

Los documentos son:

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

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

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

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

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

Art. 67.- Resultado del control documental.- El resultado de este paso será:

- a. Recibir el trámite que cumpla con todo lo indicado en la lista de chequeo/recepción documental; y, registrar con el número asignado al mismo.
- b. Rechazar el trámite que no cumpla con lo indicado en la lista de chequeo/recepción documental y devolver toda la documentación al prestador del servicio de salud. El rechazo de la documentación, no es, ni constituye objeción.
- c. Para el Levantamiento de Objeciones: Recibir el trámite verificando que esté dentro del tiempo establecido según esta Norma, lo que se constatará en la copia del Informe de Liquidación del primer proceso de auditoría.

Art. 68.- Documentos y proceso para el control documental.- En este paso, se debe verificar que la información registrada en los documentos habilitantes de cada expediente, que entrega el prestador de servicios de salud, cumpla con esta normativa, sea clara, apropiada y suficiente.

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

- a. Planilla individual.
- b. Código de validación, únicamente para la Red Privada Complementaria.
- c. Acta Entrega-Recepción (Anexos 14 y 15). Para los casos en que esta Norma así lo dispone: Servicio de Hospitalización, Diálisis y Ambulatorios con procedimientos de intervencionismo y únicamente para los establecimientos de la Red Privada Complementaria.
- d. Certificado de afiliación o consulta en línea.
- e. Formularios médicos que correspondan al tipo de servicio brindado: Hospitalización, Emergencia, Ambulatorio, Pre hospitalario, Diálisis y los descritos para trasplante.
- f. En el caso de levantamiento de objeciones: Informe de liquidación de la primera auditoría.
- g. Planilla de cargos emitida al Servicio Público para Pagos de Accidentes de Tránsito, en los expedientes de personas que han sufrido accidentes de tránsito.
- h. Informe médico trimestral y registro de asistencia mensual en el servicio de hemodiálisis.

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

Una vez realizada la Revisión Documental, se aplicarán las siguientes condicionantes:

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

2. Recibir el trámite que cumple con todo lo indicado en la lista de chequeo.
3. No rechazar ni objetar expedientes en los que el Formulario 053-Referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa, tenga observaciones por la calidad de la información.

Art. 69.- Informe.- Una vez concluido el control documental se deberá emitir un informe con firma de responsabilidad, en el que consten claramente los comentarios al expediente.

Parágrafo 2^{do} Del Control Técnico Médico

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

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

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

Art. 71.- Auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud en caso de trasplante:

1. Los equipos de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud deberán priorizar la revisión y pago de las atenciones dadas por trasplantes realizados.
2. Debido a que esta prestación está definida para pago por tarifa de atención integral, la auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud deberá cumplirse en un término de ocho (8) días.

Los administradores de los sistemas 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 auditoría de la calidad de la facturación.

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

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

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

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

Art. 73.- Consideraciones de 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 (como deterioro de la condición o muerte del paciente, fallas no contempladas en los equipos de soporte del procedimiento, entre otras), al ser expuestos no pueden utilizarse en otro paciente.

Para su reconocimiento el prestador del servicio deberá incluir en el expediente del paciente el respectivo informe, señalando el destino de los mismos para la verificación, de considerarse necesario.

- b. La realización de un procedimiento adicional o diferente al requerido, deberá estar respaldado por un informe técnico que lo justifique.
- c. El uso de ambulancia para transportar al paciente desde un establecimiento de salud a otro, como parte de su diagnóstico o tratamiento; así como el transporte de pacientes desde el establecimiento de salud hacia el domicilio, siempre que se encuentre justificado.
- d. Situaciones de orden institucional, por las cuales un paciente permanece más de ocho (8) horas en un servicio de emergencia por criterio médico que justifique su estancia.
- e. Ingreso a hospitalización desde el servicio de emergencia para la realización de procedimientos diagnósticos y/o quirúrgicos, relacionados con el diagnóstico de ingreso a emergencia.
- f. Los subsistemas deberán organizar sus micro redes, redes y macro redes para garantizar la oportunidad de la atención y el mecanismo de referencia/derivación y contrareferencia para sus usuarios.

Mientras este mecanismo se articula y organiza operativamente, los subsistemas reconocerán para el pago las prestaciones dadas en el servicio de emergencia de los establecimientos de la RPIS, cuando hayan sido brindadas en horarios distintos a los normales de consulta externa del prestador que brinda la atención, sin considerar como habilitante o justificación para el pago la calificación que les corresponda en el Sistema de Triage Manchester MTS® modificado. El triage se realizará solo como parte de la atención integral en salud y no como habilitante de atención o pago.

Art. 74.- Justificación de los medicamentos y dispositivos médicos.- No será necesario requerir la factura de cada uno de los dispositivos o medicamentos utilizados en los procedimientos o servicios prestados a cada usuario/paciente. Para la RPC, el control se respaldará con la Declaración Jurada del Prestador, que señalará estar cumpliendo con la disposición del Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud.

De encontrar incumplimiento y de confirmarse el hecho, se procederá a no reconocer el pago por el valor total de medicamentos y o dispositivos médicos. De esto se comunicará normalmente al prestador exigiendo la presentación de un informe sobre el caso. Este informe no descarga responsabilidad y no justifica la sobre prestación, por tanto, no habilita el pago de lo debitado.

En caso de reincidencia se informará a la Dirección Zonal de Asesoría Jurídica para el trámite legal respectivo.

Art. 75.- Informe.- Concluida la verificación precedente, el profesional responsable del control técnico médico, elaborará un informe detallando las observaciones, objeciones o débitos, debidamente validado, con firma de responsabilidad.

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

Parágrafo 3^o Del Control de Tarifas y Liquidación

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

En esta fase, se debe:

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

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

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

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

En el caso de cobertura compartida:

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

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

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

Parágrafo 4^{to} Del Procedimiento de Pago

Art. 79.- Control previo al pago.- La gestión documental previa al pago deberá revisar la organización, existencia y consistencia de la documentación que se enviará como soporte de los pagos.

Art. 80.- Documentos habilitantes.- Los documentos habilitantes, para el proceso de pago, son:

- a. Memorando/oficio de solicitud de pago.
- b. Factura original enviada por el prestador de servicios de salud.
- c. Planilla consolidada.
- d. Informe de revisión documental.
- e. Informe de revisión de la pertinencia médica.
- f. Informe consolidado de liquidación.
- g. Acta entrega-recepción o planilla individual firmada, para los casos que determina la Norma (Servicios de Internación-Hospitalización, Servicios de Diálisis y Servicios Ambulatorios con procedimientos de intervencionismo), solamente exigible a los prestadores de la Red Privada Complementaria.
- h. Código de validación emitido para la prestación del servicio en la Red Privada Complementaria.

En el caso de trasplante, en lugar de la planilla consolidada, se adjuntará la planilla individual, ya que es un trámite por cada expediente.

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

- a. Memorando/oficio de solicitud de pago.
- b. Factura original enviada por el prestador.
- c. Planilla consolidada detallada.
- d. Informe de revisión documental.
- e. Informe de revisión de la pertinencia médica.
- f. Informe consolidado de liquidación.

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

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

Este es el paso final de la auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud.

Sección 4^{ta} **De las Observaciones, Objeciones y Débitos**

Art. 81.- Resultados.- Como resultado de la auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud, pueden existir observaciones, objeciones o débitos, totales o parciales, que imperativamente deben ser puestos en conocimiento de los prestadores de servicios de salud, a fin de que sean debidamente subsanados.

Art. 82.- Observación.- Es el comentario técnico que hace referencia a un error de forma que no afecta el proceso de revisión de pago, no es imputable directamente al prestador de servicios de salud y, por tanto, no necesita aclaración por parte del prestador. Conlleva acciones administrativas de mejora.

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

Art. 83.- Objeción.- Es toda aquella acotación técnica del equipo de control técnico médico que puede ser solventada por el prestador al completar la información y/o ser justificada con soportes adecuados.

Las objeciones pueden ser parciales o totales.

Art. 84.- Objeción parcial.- La objeción parcial afecta solo a un componente del expediente o ítem de la planilla, y permite que continúe la auditoría.

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

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

Art. 85.- Objeción total.- La objeción total afecta a todo el expediente o a toda la planilla. No faculta ni habilita el pago de las prestaciones de salud.

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

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

Pasado el tiempo de (30) días laborables sin recibir los soportes que justifiquen las objeciones documentales, técnicas-médicas o financieras, se considerará el caso como cerrado y no se aceptará reclamo posterior. El término del proceso corre desde la notificación recibida por el prestador de servicios de salud.

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

En caso de atenciones objetadas que no se justifiquen y produzcan débitos definitivos, el prestador no podrá requerir el pago al paciente o familiares. Cualquier cobro en este sentido será motivo de la sanción que la Ley prevea.

Art. 86.- Levantamiento de objeciones. - Para el levantamiento de objeciones se evalúa la pertinencia y consistencias técnicas de las justificaciones enviadas por el prestador de servicios de salud y, de ser el caso, se procederá al pago del valor justificado.

Art. 87.- Débito.- Es el descuento definitivo al monto solicitado por el prestador de servicios de salud, en caso de que una objeción señalada no ha sido justificada por el prestador; y/o, si la justificación es insuficiente para aclarar la objeción.

CAPITULO VI DE LAS RESPONSABILIDADES Y OBLIGACIONES

Sección 1 De las Responsabilidades

Art. 88.- Responsabilidad del financiador/asegurador.- Son responsabilidades del financiador/asegurador, las siguientes:

- a. Validar la existencia y consistencia de los documentos habilitantes.
- b. Validar la pertinencia médica de los procedimientos aplicados a los pacientes.
- c. Validar la racionalidad de las tarifas aplicadas a cada prestación por los prestadores de servicios de salud.
- d. Garantizar el cumplimiento de los convenios y acuerdos entre las partes; y, con el paciente.

Art. 89.- Responsabilidad del prestador de servicios de salud.- Son responsabilidades del prestador de servicios de salud, las siguientes:

- a. Promover la calidad técnica y administrativa del establecimiento de salud.
- b. Promover el respeto de los derechos del paciente.
- c. Proveer los elementos necesarios para justificar los cobros por las atenciones generadas en el establecimiento de salud, conforme con la normativa legal vigente.
- d. Impulsar la correcta aplicación de los procesos que respalden el cumplimiento de los convenios y acuerdos interinstitucionales.
- e. Asegurar que todas las prestaciones de salud brindadas se incluyan en el cobro.
- f. Promover la cabal aplicación de los algoritmos, protocolos y guías de atención.

Sección 2 De las Obligaciones

Art. 90.- Obligaciones del financiador/asegurador.- Son obligaciones del financiador/asegurador, las siguientes:

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

- b. Realizar el pago por las prestaciones de salud brindadas a sus usuarios/pacientes, de acuerdo con los resultados del proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud.
- c. Mantener las bases de datos de los usuarios/pacientes permanentemente actualizadas.
- d. Garantizar la continuidad de todos los programas, planes y servicios con los que la institución financiadora/aseguradora cuenta para asegurar el acceso oportuno de los usuarios a las prestaciones dispuestas en las respectivas leyes, incluidos los programas de provisión de medicamentos, ayudas técnicas (órtesis, prótesis, oxigenoterapia, audífonos, etc.), contemplados en sus normas internas, siempre observando lo dispuesto al respecto por la normativa específica emitida por la Autoridad Sanitaria Nacional.

Art. 91.- 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 salud que tiene.
- b. Atender a los usuarios/pacientes, por referencia, contrareferencia, derivación o autoderivación; y, registrar las prestaciones de salud otorgadas.
- c. Obtener las copias de los documentos técnicos (Formularios de la historia clínica) para su inclusión en los respectivos trámites administrativos.
- d. Verificar en línea la identificación de derecho y cobertura de los usuarios/pacientes.
- e. Proveer medicamentos y dispositivos médicos de calidad al usuario/paciente; y, contar con los recursos humanos calificados, para garantizar una adecuada atención de salud.
- f. Contar con la infraestructura y equipamiento médico y con recursos administrativos y tecnológicos adecuados, que permitan brindar una oportuna y apropiada prestación de servicios de salud.
- g. Planillar las prestaciones de salud de acuerdo con los valores establecidos en el “Tarifario de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud”, y en acuerdos específicos emitidos por la Autoridad Sanitaria Nacional que, en todos los casos, corresponden el valor máximo a pagar por la RPIS por la prestación.
- h. Verificar si el paciente cuenta o no con un plan de salud prepagada o seguro privado y proceder a comunicar a la compañía responsable de la atención.
- i. Implementar los controles necesarios y suficientes que eviten la duplicación de planillas.

Art. 92.- Obligaciones de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica.- Las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, deberán provisionar desde la fecha de la comunicación de la prestación planillada, hasta la fecha de su cancelación, el monto que le corresponde a su cobertura.

Art. 93.- Obligaciones comunes.- Son obligaciones comunes del financiador/asegurador y del prestador de servicios de salud, las siguientes:

- a. Conformar las unidades o equipos de gestión de la red responsables del proceso, que deberán conocer sobre los beneficiarios, cobertura, excepciones y documentos habilitantes del proceso.
- b. Los responsables del proceso de relacionamiento interinstitucional deben tener acceso a los medios que les permitan comunicarse con sus similares de las otras instituciones, de manera que puedan solventar dificultades relacionadas con este proceso administrativo.

**CAPITULO VII
DEL PROCESO DE RELACIONAMIENTO CON LAS COMPAÑÍAS QUE
FINANCIEN SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PREPAGADA
Y LAS DE SEGUROS QUE OFERTEN COBERTURA DE SEGUROS DE
ASISTENCIA MÉDICA**

**Sección 1
De la Prelación, Cálculo de Liquidación y Excedente**

Art. 94.- De la prelación de pago.- En todos los casos en los que se determine que los usuarios/pacientes de la Red Pública Integral de Salud son, también, titulares o beneficiarios de compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada o seguros de asistencia médica, estos usuarios/pacientes recibirán la cobertura de dicho contrato o seguro hasta el monto de lo contratado, conforme a las condiciones de cada plan. Esta cobertura será la primera en aplicarse, excepto en los casos de accidentes de tránsito que va en primer lugar de prelación el SPPAT y luego la cobertura de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada o seguros de asistencia médica, a continuación de lo cual va la cobertura de la Seguridad Social y la del Ministerio de Salud Pública.

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

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

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

Sección 2

Del proceso de relacionamiento

Art. 97.- De los procesos.- El relacionamiento entre las instituciones de la RPIS y las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, contempla tres procesos:

1. Recuperación de valores por atenciones brindadas en establecimientos de salud.

a) El de planillaje y facturación para la recuperación de valores generados por la atención de pacientes de la RPIS y de la RPC en establecimientos de la RPIS, cuando los pacientes cuentan con servicio de atención integral de salud prepagada y/o seguro de asistencia médica. Este proceso debe ser realizado por los prestadores de servicios de salud de la RPIS.

b) El de planillaje y facturación de valores generados por la atención de pacientes de la RPIS en establecimientos de la RPC, cuando los pacientes cuentan con servicio de atención integral de salud prepagada y/o seguro de asistencia médica. Este proceso

debe ser realizado por los prestadores de servicios de salud de la RPC.

2. El reconocimiento económico por la atención de pacientes de la RPIS, según corresponda la prelación, cuando los pacientes cuentan con servicio de atención integral de salud prepagada y/o seguro de asistencia médica.
 - a) Atención brindada a pacientes de la RPIS o RPC en establecimientos de la RPIS.
 - b) Atención brindada a pacientes de la RPIS en establecimientos de la RPC.

Este proceso debe ser realizado por los financiadores/aseguradores públicos.

3. Recuperación del monto de cobertura, según corresponda la prelación, del servicio de atención integral de salud prepagada y/o seguro de asistencia médica. Este proceso debe ser realizado por los financiadores/aseguradores públicos.

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

Sección 3 De los Procesos y sus Tiempos

Art. 99.- Proceso para la recuperación de valores por atenciones brindadas en establecimientos de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria.- Para la recuperación de estos valores, los establecimientos de salud de la RPIS y de la RPC, observarán lo dispuesto en la presente Norma, excepto en lo siguiente:

- a. Tiempos del proceso, que se definen en esta sección de la Norma.
- b. La periodicidad de la entrega de trámites.
- c. La ubicación del financiador/asegurador.

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

- a. Término para la recepción: En el término de hasta veinte (20) días laborables del mes siguiente en el que se efectuó la atención médica al titular y/o beneficiario, la institución de la Red Pública Integral de Salud remitirá la planilla, con el detalle de la atención médica brindada, de conformidad al Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud emitido por la Autoridad Sanitaria Nacional y demás instrumentos normativos que establezcan el proceso de reconocimiento económico por los servicios brindados por los establecimientos de salud.
- b. Término para la revisión documental: Se realizará en el término de hasta cinco (5) días laborables contados a partir de la recepción de la documentación.
- c. Término para el proceso de auditoría: este proceso tendrá un término de hasta treinta (30) días laborables.
- d. Término para levantamiento de objeciones: el prestador tiene para este proceso hasta diez (10) días laborables.
- e. Término de la auditoría al levantamiento de objeciones: tendrá un término de hasta veinte (20) días laborables.
- f. Término para emitir la orden de pago: tendrá un término de hasta veinte (20) días laborables.

Art. 101.- Procedimiento para el planillaje y la facturación de las prestaciones sanitarias brindadas a los pacientes de la Red Pública Integral de Salud, que son también titulares o beneficiarios de compañías de salud prepagada o de seguros que oferten seguros de asistencia médica.-

- a) Los establecimientos prestadores de servicios de salud de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria, aplicarán el procedimiento de facturación establecido en la normativa emitida por la Autoridad Sanitaria Nacional.

- b) Los establecimientos prestadores de servicios de salud de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria, enviarán a los respectivos financiadores/aseguradores públicos, los trámites/expedientes de los usuarios/pacientes que tiene cobertura pública y a la vez son titulares/beneficiarios de compañías de salud prepagada o de seguros que oferten seguros de asistencia médica, hasta el vigésimo día laborable del mes subsiguiente al mes en que se brindó la prestación sanitaria.
- c) Enviarán los trámites/expedientes al financiador/asegurador público que corresponda, según dispone la presente Norma.
- d) La recuperación del monto aplicable a las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, la realizará el financiador/asegurador público del que es usuario el paciente que recibió la atención, según se dispone en la presente Norma.
- e) El financiador/asegurador entregará el valor económico aprobado en el proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud al prestador y realizará el trámite ante las compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica por el monto de la cobertura conforme al contrato.

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

- a. Las compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada o de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, deberán cancelar a la institución de la Red Pública Integral de Salud, los montos económicos por dichas atenciones, hasta el monto contratado conforme a las condiciones de cada plan o seguro, y procedimientos descritos en la presente Norma, si un usuario/ paciente de la RPIS es a la vez titular y/o beneficiario de las compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada o de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, y es atendido en un establecimiento de la RPIS.

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

Término para la recepción de la solicitud de pago: hasta sesenta días (65) días laborables posteriores a la fecha de la prestación.

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

Término para el pago: en un término de tres (3) días de recibida la liquidación, la institución de la Red Pública Integral de Salud remitirá la factura correspondiente del monto aceptado para realizar el cobro respectivo.

En caso de que la compañía que financia servicios de atención integral de salud prepagada o de seguros que oferte cobertura de seguros de asistencia médica no presente su análisis y justificación de cobertura de la atención médica, ni observaciones dentro del término establecido para el efecto, se entenderá como aceptado el valor del monto económico reclamado, para lo cual la institución de la Red Pública Integral de Salud remitirá de manera inmediata la factura por la totalidad del monto señalado.

En caso de que exista discrepancia entre la liquidación económica final presentada por las compañías que financian servicios de atención integral de

salud prepagada y de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica y el informe emitido por la institución de la Red Pública Integral de Salud, la institución de la Red Pública Integral de Salud, remitirá la liquidación económica final junto con toda la documentación de respaldo a la ACESS.

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

Sección 4 Del Control Posterior

Art. 103.- Del control posterior a la recuperación de valores cubiertos por las compañías que oferten servicios de atención integral de salud prepagada o de las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica.–

Con la finalidad de asegurar el proceso de recuperación e implementar medidas correctivas inmediatas en la gestión, la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada, realizará trimestralmente la auditoría posterior de los pagos efectuados por las compañías que oferten servicios de atención integral de salud prepagada o de las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica a los financiadores/aseguradores de la Red Pública Integral de Salud, sobre los reclamos solicitados por las mencionadas instituciones.

Los financiadores/aseguradores públicos, podrán realizar las acciones de control posterior que consideren necesarias para asegurar sus procesos internos.

En los dos casos, para las auditorías de control posterior se utilizará la norma para la aplicación de metodologías de muestreo emitida por la Autoridad Sanitaria Nacional.

En caso de que persista la discrepancia entre la liquidación económica final presentada por la compañía de salud prepagada o de seguro privado y el informe emitido por la institución de la Red Pública Integral de Salud, producto del control posterior, la institución de la Red Pública Integral de Salud, remitirá la liquidación económica final junto con toda la documentación de respaldo a la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada, quién dirimirá dicho reclamo e inmediatamente notificará de su resolución a las partes, a fin de que se ejecute y proceda con su estricto cumplimiento.

CAPÍTULO VIII DE LAS PROHIBICIONES Y SANCIONES

Art. 104.- Prohibiciones.- Se prohíbe a los servidores que participen en los procesos de atención a los usuarios/pacientes y gestión de la auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud, a más de las previstas en la Ley Orgánica del Servicio Público, las siguientes:

- a. Utilizar la información recopilada como resultado del cumplimiento de sus tareas y actividades, para el beneficio de terceros (Personas, instituciones o empresas).
- b. Utilizar la información de su trabajo para causar perjuicios a una persona o a una institución.
- c. Ser parte de actividades o responsabilidades que causen conflicto de interés con personas naturales o jurídicas.
- d. Organizar empresas privadas o servicios profesionales privados de auditoría de la facturación, para los prestadores de servicios de salud, con miras a garantizar que el trámite presentado en la Red Pública Integral de Salud, se encuentre conforme a la Norma.

Art. 105.- Sanciones.- Los funcionarios que participen en los procesos de atención a usuarios/pacientes y gestión de la auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud, que incumplan estos lineamientos, normas y disposiciones legales, serán sancionados de acuerdo con la Ley, respetando el debido proceso.

En caso que un subsistema haya evidenciado irregularidades en la prestación de servicios de salud o en los procesos administrativos de un establecimiento de salud, informará lo sucedido a la Autoridad Sanitaria Nacional para que disponga la visita técnica de una comisión interinstitucional de la RPIS, que valide lo informado y establezca las acciones que correspondan en el marco legal vigente. El informe de la comisión determinará si el establecimiento continúa o no como prestador de la RPIS.

La negativa de los establecimientos de salud para brindar atención a un paciente, sea o no caso de emergencia, será sancionada de acuerdo con la Ley, respetando el debido proceso.

Sección 1 De la Garantía de la Calidad

Art. 106.- Garantía.- Los establecimientos de salud para su funcionamiento, deberán contar con el permiso de funcionamiento y estar licenciados según la normativa legal vigente.

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

Art. 107.- Mejoramiento continuo.- Con la finalidad de estimular el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud, se difundirá y recomendará a los establecimientos de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria, implementar la Metodología para el Incentivo a la Calidad, instructivo anexo a la presente Norma.

Sección 2 Anexos y Formularios

Art. 108.- Anexos y formularios.- Para facilitar los procesos regulados en esta Norma, se aplicarán los siguientes documentos:

- | | |
|-------------|---|
| a. Anexo 1 | Oficio de requerimiento de muestras múltiples. |
| b. Anexo 2 | Lista de muestras múltiples enviadas. |
| c. Anexo 3 | Oficio de solicitud de pago. |
| d. Anexo 4 | Formulario 053 - Referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa. |
| e. Anexo 5 | Formulario 006 – Epicrisis. |
| f. Anexo 6 | Formulario 010 – Laboratorio clínico. |
| g. Anexo 7 | Formulario 012 – Imagenología. |
| h. Anexo 8 | Formulario 007 – Interconsulta. |
| i. Anexo 9 | Formulario Atención Prehospitalaria |
| j. Anexo 10 | Formulario 033 – Odontología. |
| k. Anexo 11 | Lista de muestras múltiples efectivamente procesadas. |
| l. Anexo 12 | Informe trimestral de servicios de diálisis |
| m. Anexo 13 | Lista de chequeo: Recepción documental/ Revisión Documental / Documentos Habilitantes para el pago. |
| n. Anexo 14 | Acta entrega recepción de servicios de salud. |
| o. Anexo 15 | Acta entrega recepción servicio de diálisis. |
| p. Anexo 16 | Formulario 008 – Emergencia |
| q. Anexo 17 | Formulario 013-Laboratorio de histopatología. |
| r. Anexo 18 | Instructivo para la aplicación del incentivo de calidad. |

DISPOSICIÓN DEROGATORIA

Deróguense todas las normas de igual o menor jerarquía que se opongan al presente Acuerdo Ministerial, expresamente el Acuerdo Ministerial No. 0137 de 8 de diciembre de 2016, publicado en la Edición Especial del Registro Oficial No. 835 de 17 de enero de 2017.

DISPOSICIONES GENERALES

PRIMERA. - En todo lo no previsto en esta Norma se aplicará exclusivamente lo dispuesto en la Ley Orgánica de Salud, Ley de Seguridad Social, Ley de Fortalecimiento de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional y sus Reglamentos Generales.

SEGUNDA.- En el caso de que las disposiciones de la presente normativa no guarden armonía con el ordenamiento jurídico que rige la materia, prevalecerán las normas de mayor jerarquía.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

PRIMERA.- Los trámites anteriores a la vigencia de esta Norma, que se encuentren en cualquiera de las fases de la auditoría de la calidad, deberán ser concluidos conforme a la normativa vigente a la fecha de la prestación.

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

TERCERA.- Los subsistemas de salud, en el plazo de hasta 90 días contados a partir de la publicación de esta Norma en el Registro Oficial, establecerán los mecanismos operativos y aplicaciones informáticas necesarios para su implementación, mecanismos y herramientas que en ningún caso considerarán procesos, procedimientos, documentos o disposiciones distintas a las de la presente Norma.

CUARTA.- Con la finalidad de asegurar la oportunidad de la atención y la adecuada utilización de la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud de Segundo y Tercer Nivel, la autoderivación a la consulta externa de los establecimientos de salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, se implementará progresivamente, según la planificación que realice dicha institución para el efecto; para lo cual se aplicará los mecanismos de centro de llamada y asignación de cita que desarrolle la RPIS para facilitar a los usuarios la elegibilidad del prestador y el efectivo acceso a los servicios de salud requeridos.

Los establecimientos de salud de Fuerzas Armadas, Policía Nacional y Ministerio de Salud Pública continuarán atendiendo a los usuarios habitúes de sus servicios, autoderivados, aunque no cuenten con formulario 053.

0091-2017



Gobernanza de la Salud a través de la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud.

Dado en la ciudad de Quito, Distrito Metropolitano, a 19 JUN. 2017

Verónica Espinosa Serrano
Dra. Verónica Espinosa Serrano
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA



	Nombre	Área	Cargo	Sumilla
Aprobado	Dr. Fernando Cornejo	Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud	Viceministro	<i>[Signature]</i>
	Dra. Jakeline Calle	Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud	Subsecretaria	<i>[Signature]</i>
Revisado	Dra. Elisa Jaramillo	Coordinación General de Asesoría Jurídica	Coordinadora	<i>[Signature]</i>
	Dr. Antonio Echeverría	Dirección Nacional de Consultoría Legal	Director, Subrogante	<i>[Signature]</i>
	Dr. Antonio Siguenza	Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud	Director	<i>[Signature]</i>
	Dra. Elina Herrera	Dirección Nacional de Consultoría Legal	Coordinadora de Gestión Interna	<i>[Signature]</i>
Elaboración	Dra. Sonia Diaz	Despacho Ministerial	Asesora	<i>[Signature]</i>

DISPOSICIÓN FINAL

El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial y de su ejecución encargarse a la Subsecretaría Nacional de

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD

ANEXO 001: FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN, VERSIÓN 001-2012

PARA USO DEL MSP	
CÓDIGO	FECHA DE INSCRIPCIÓN
NOMBRE Y SUMILLA DEL FUNCIONARIO RECEPTOR	

PARA USO DEL PRESTADOR

IDENTIFICACIÓN GENERAL						
1	RAZÓN SOCIAL					
2	RUC					
NATURALEZA						
3	PÚBLICO					
4	PRIVADO SIN FINES DE LUCRO					
5	PRIVADO CON FINES DE LUCRO					
REPRESENTANTE LEGAL						
6	NOMBRE					
7	CÉDULA DE IDENTIDAD					
8	DIRECTOR MÉDICO					
UBICACIÓN						
9	CALLES					
10	CIUDAD					
11	CANTÓN					
12	PROVINCIA					
13	NÚMERO TELEFÓNICO Y E-MAIL					
INFORMACIÓN PARA REGISTRO						
14	Presenta plan de mejoramiento de la calidad					
15	Presenta autoevaluación					
INFORMACIÓN TÉCNICA GENERAL						
CAPACIDAD INSTALADA NÚMERO DE CAMAS DISPONIBLES						
16	CAMAS PEDIÁTRICAS					
17	CAMAS DE ADULTOS					
18	CAMAS DE OBSTETRICIA					
19	SALAS DE PARTO					
20	UCI NEONATAL					
21	UCI PEDIÁTRICA					
22	UCI ADULTOS					
23	UC INTERMEDIOS NEONATAL					
24	UC INTERMEDIOS PEDIATRICOS					
25	UC INTERMEDIOS ADULTOS					
26	SALAS QUIRÚRGICAS					
27	SALAS QUIRÚRGICAS ESPECIALIZADA					
28	SALAS DE SIQUIATRÍA O SALUD MENT.					
SERVICIOS QUE OFRECE						
ADJUNTAR DETALLE DE LOS SERVICIOS QUE OFRECE ENLISTADOS EN FORMATO EXCEL, INDICANDO SI SON HOSPITALARIOS O AMBULATORIOS, SEGÚN EL SIGUIENTE FORMATO						
No.	SERVICIO	HOSPITALARIO	AMBULATORIO	COMPLEJIDAD ALTA	COMPLEJIDAD MEDIA	COMPLEJIDAD BAJA
EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA UNIDAD DE SALUD DECLARA QUE TODA LA INFORMACIÓN PRESENTADA EN ESTE DOCUMENTO ES FIDEDIGNA Y QUE PUEDE SER VERIFICADA EN LAS FUENTES ORIGINALES.						
FIRMA						

ANEXO 1
OFICIO DE REQUERIMIENTO DE MUESTRAS MÚLTIPLES

LOGOTIPO Y MEMBRETE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

OFICIO No.-----
Ciudad y fecha

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

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

De mis consideraciones:

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

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

Con sentimientos de distinguida consideración

Atentamente,

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

ANEXO 3
OFICIO DE SOLICITUD DE PAGO

LOGOTIPO Y MEMBRETE DEL PRESTADOR

OFICIO No.-----

Ciudad y fecha

Señores: (Autoridad máxima de la entidad financiadora)

Institución Pública (MSP, ISSFA, IESS, ISSPOL)

Ciudad donde se envía la documentación

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

De mis consideraciones:

Adjunto al presente remito a su autoridad:

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

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

Particular que remito a usted, para los fines consiguientes.

Atentamente,

NOMBRE MAXIMA AUTORIDAD DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS

CARGO DE LA AUTORIDAD

ANEXO 4
FORMULARIO 053 – REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres			Fecha de Nacimiento			Sexo	Edad										
							<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">dia</td> <td style="width: 20%;">mes</td> <td style="width: 20%;">año</td> <td style="width: 20%;">hora</td> <td style="width: 20%;">min</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			dia	mes	año	hora	min							
dia	mes	año	hora	min																	
Nacionalidad	País	Cédula de Ciudadanía o Pasaporte	Lugar de residencia actual			Dirección Domicilio			N° Telefónico												
Identificación	Declaración	Código de dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Código Postal y Secundaria			Comercio/Código												

II. REFERENCIA: 1 DERIVACIÓN: 2

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área		
Refiere o Deriva a:				Fecha		
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Provincia	Secundaria	dia	mes	año

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

Limitada capacidad resolutiva	1 <input type="checkbox"/>	Saturación de capacidad instalada	4 <input type="checkbox"/>
Ausencia temporal del profesional	2 <input type="checkbox"/>	Otros /Específicos:	5 <input type="checkbox"/>
Falta de profesional	3 <input type="checkbox"/>		

3. Resumen del cuadro clínico

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

		CIE-10	PRE	DEF
1				
2				

Nombre del profesional: _____ Código MSP: _____ Firma: _____

III. CONTRAREFERENCIA: 3 REFERENCIA INVERSA: 4

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	Especialidad del servicio
Contrarefere o Referencia Inversa a:					Fecha
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área		dia mes año

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

		CIE-10	PRE	DEF
1				
2				

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

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

ANEXO 6
FORMULARIO 010 - LABORATORIO CLÍNICO / Solo anverso

INSTITUCION DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACION			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA
			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	EDAD	CÉDULA DE CIUDADANIA	

SERVICIO	SALA	CAMA	PRIORIDAD			FECHA DE TOMA
			URGENTE	RUTINA	CONTROL	

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

2 UROANALISIS	
ELEMENTAL Y MICROSCOPICO	
GOTA FRESCA	
PRUEBA DE EMBARAZO	

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

3 COPROLOGICO	
COPROPARASITARIO	
COPRO SERIADO	
SANGRE OCULTA	
INVESTIGACION DE POLIMORFOS	
INVESTIGACIÓN DE ROTAVIRUS	

5 SEROLOGIA			
VDRL		LATEX	
AGRUTINACIONES FEBRILES		ASTO	

6 BACTERIOLOGIA			
GRAM		Fresco	
ZIEHL		CULTIVO - ANTIBIOGRAMA	
HONGOS		MUESTRA DE:	

7 OTROS	

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

ANEXO 7
FORMULARIO 012 - IMAGENOLÓGÍA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA
			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	EDAD	CÉDULA DE CIUDADANIA	

SERVICIO	SALA	CAMA	PRIORIDAD			FECHA DE TOMA
			URGENTE	RUTINA	CONTROL	

1 ESTUDIO SOLICITADO							
R-X CONVENCIONAL	TOMOGRAFÍA	RESONANCIA	ECOGRAFÍA	PROCEDIMIENTO	OTROS		
DESCRIPCION ➔							
PUEDE MOVILIZARSE		PUEDE RETIRARSE VENDAS, APÓSITOS O YESOS		EL MEDICO ESTARÁ PRESENTE EN EL EXAMEN		TOMA DE RADIOGRAFÍA EN LA CAMA	

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

3 RESUMEN CLÍNICO

4 DIAGNÓSTICOS			
CIE= CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES PRE: PRESUNTIVO DEF: DEFINITIVO			
	CIE	PRE	DEF
1			
2			
3			
4			
5			

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CODIGO	FIRMA	NUMERO DE HOJA

ANEXO 9 - FORMULARIO ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

1 MEDICAMENTOS

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

2 INSUMOS MEDICOS

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

3 CUSTODIA DE PERTENENCIAS (describir)

NOMBRE DE QUIEN ENTREGA		FIRMA	NOMBRE DEL QUIEN RECIBE
			FIRMA

4 DESCARGO DE RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

REHUSA TRATAMIENTO	REHUSA TRASLADO	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
HORA	CAUSA			

5 DESCARGO DE RESPONSABILIDAD DEL SERVICIO

REHUSA RECEPCION	SERVICIO	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
HORA	CAUSA			

6 OBSERVACIONES

ANEXO 10

10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL

BIOMETRIA	QUIMICA SANGUINEA	RAYOS - X	OTROS	

11 DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

CIE PRE DEF

CIE PRE DEF

1				3			
2				4			

CÓDIGO

FECHA DE APERTURA	FECHA DE CONTROL	PROFESIONA L	FIRMA	NÚMERO DE HOJA
-------------------	------------------	--------------	-------	----------------

12 TRATAMIENTO

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

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

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

8 ÍNDICES CPO-ceo

	C	P	O	TOTAL
D				0
	c	e	o	TOTAL
d				0

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

 rojo	SELLANTE NECESARIO		PÉRDIDA (OTRA CAUSA)		PRÓTESIS TOTAL
 azul	SELLANTE REALIZADO		ENDODONCIA		CORONA
 rojo	EXTRACCIÓN INDICADA		PRÓTESIS FIJA	 azul	OBTURADO
 azul	PÉRDIDA POR CARIES		PRÓTESIS REMOVIBLE	 rojo	CARIES

ANEXO 12
INFORME TRIMESTRAL DE SERVICIOS DE DIÁLISIS

LOGOTIPO Y MEMBRETE DEL PRESTADOR

INFORME TRIMESTRAL DEL SERVICIO DE DIALISIS

(Señalar período:)

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Apellidos y Nombres: _____ Nro. _____

Cl. _____

Nro. Historia: _____ Dirección _____

Domiciliaria _____ Teléfono _____

INFORMACION CLINICA

Tiempo del paciente en diálisis (meses): _____

Número de sesiones en el período _____

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

Otros medicamentos administrados (especificar cantidad y motivo): _____

EVOLUCIÓN CLINICA

INTERCONSULTAS ESPECIALISTAS

TRATAMIENTO

OBSERVACIONES

Profesional Tratante: _____ Firma: _____

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

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

ADICIONAL EN LEVANTAMIENTO DE OBJECIONES / JUSTIFICACIÓN

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

ADICIONAL PARA MUESTRAS MÚLTIPLES

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

PARA PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

DOCUMENTO	Revisar:	SI	NO	OBSERVACIONES
En el oficio de solicitud de pago:	Debe estar emitido a nombre de la autoridad máxima financiador/asegurador responsable del pago.			
	Un por cada mes y año de prestación y por cada tipo servicio, que identifique el mes y año; y, el servicio al que corresponde la planilla por ejemplo: mes febrero 2016, servicio ambulatorio.			
	Que el valor solicitado sea el correcto de acuerdo a la Planilla consolidada.			
	Que registre el número total de atenciones.			
	Que el oficio sea documento original con firma y sello del prestador.			
En Planilla Consolidada y detallada con base en el RDACAA	Una por cada mes y año de prestación y por cada tipo servicio, que identifique el mes y año, el servicio al que corresponde la planilla por ejemplo: mes febrero 2016, servicio ambulatorio y detalle de las prestaciones.			
	Que el listado completo de los pacientes esté en orden alfabético y/o cronológico.			
	Que registre el valor solicitado por cada usuario/paciente y el valor total solicitado.			
	Que el documento sea original con firma y sello 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 dos documentos.			
	Que el tipo de servicio sea el mismo en los documentos.			
Archivo Digital	Confirmar que la documentación física del trámite sea la misma que la documentación presentada en archivo digital por el prestador, Si el subsistema posee un sistema informático pueden hacer uso de sus bondades.			

PARA COBERTURAS COMPATIDAS

DOCUMENTO	Revisar:	SI	NO	OBSERVACIONES
-----------	----------	----	----	---------------



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

ANEXO 13 - LISTA DE CHEQUEO
REVISIÓN DOCUMENTAL (1)

LISTA DE CHEQUEO				
SERVICIO INTERNACIÓN / HOSPITALIZACIÓN				
	PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN:	CHEQUEO		
EN CADA EXPEDIENTE REVISAR:	Que toda la información presentada corresponda al mismo usuario/paciente y tipo de servicio.	SI	NO	OBSERVACIONES
DOCUMENTO	Que revisar:	SI	NO	OBSERVACIONES
En 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 beneficiarios No Identificados. (NN).			
	Prestaciones brindadas por día con su respectivo valor por cada prestación dada.			
	Valor total solicitado.			
	La planilla individual debe ser original con firma y sello del prestador; recordar que si además existe la firma del usuario/paciente o su representante o acompañante en la planilla, este documento se constituye en el acta entrega recepción.			
En el Código de Validación. Únicamente para la RPC	Que corresponda a la fecha de atención.			
	Que corresponda al servicio entregado.			
En el Acta Entrega Recepción Únicamente para la RPC	Debe ser original			
	Debe corresponder a la fecha del servicio recibido.			
	Debe indicar el servicio recibido.			
	Debe contener la firma del usuario/paciente o su representante o acompañante.			
En el Certificado de Cobertura de Salud. Se exceptúan los pacientes no Identificados. (NN).	Debe contener la firma y sello del prestador.			
	La existencia del certificado(s) de consulta en línea, para verificar el registro de cobertura de salud. (IESS – ISSFFA- ISSPOL).			
	Las fechas de consulta debe corresponder a la fecha de la prestación del servicio.			
	Copia del Formulario 053 - Referencia - Contrareferencia; con firma y sello de responsabilidad, excepto en autoderivación, no aplica para beneficiarios de un subsistema de la RPIS que son atendidos en establecimientos de salud de la RPIS.			La inconsistencia en el contenido del documento es responsabilidad del establecimiento derivador por lo que no cabe objeción sino observación

En los Formularios médicos, que correspondan al usuario/paciente que recibió la prestación:	Copia del Formulario 006 - Epicrisis; con firma y sello de responsabilidad.			
	Copia del Formulario 008 - Emergencia; si el paciente fue atendido por emergencia, en el que conste firma y sello de responsabilidad.			Su inexistencia no es motivo de objeción, sino de observación.
	Copia del Anexo 2 - Atención Prehospitalaria; con firma de responsabilidad. Si el paciente fue transportado en Ambulancia.			Su inexistencia no es motivo de objeción sino de observación.
	Copia del Protocolo Operatorio, en casos de cirugías, con firma y sello de responsabilidad.			
	Copia del Protocolo Anestésico, en casos de cirugías, con firma y sello de responsabilidad.			
	Copia de la Bitacora Diaria, para Internación/Hospitalización en Terapia Intensiva.			



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

LISTA DE CHEQUEO

SERVICIO DE EMERGENCIA				
	PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN:	CHEQUEO		
EN CADA EXPEDIENTE REVISAR:	<u>Que toda la información presentada corresponda al mismo usuario/paciente, mes, año y tipo de servicio.</u>			
DOCUMENTO	Revisar que:	SI	NO	OBSERVACIONES
En la Planilla individual deberá verificar que contenga:	Nombres completos del usuario/paciente que recibió la prestación.			
	Fecha de la atención esté en el rango del mes planillado.			
	Código CIE 10 para diagnósticos principal y/o secundario.			
	Número documento de identificación del usuario/paciente. Se exceptúan los beneficiarios No Identificados. (NN).			
	Prestaciones brindadas por día con su respectivo valor por cada prestación dada.			
	Valor total solicitado.			
	La planilla individual debe ser original con firma y sello del prestador.			
En el Código de Validación. Únicamente para la RPC	Que corresponda a la fecha de atención.			
	Que corresponda al servicio entregado.			
En el Certificado de Cobertura de Salud. Se exceptúan los pacientes no Identificados. (NN).	La existencia del certificado(s) de consulta en línea, para verificar el registro de cobertura de salud.(IESS – ISSFFA- ISSPOL).			

En los Formularios médicos, que correspondan al paciente que recibió la prestación:	Las fechas de consulta debe corresponder a la fecha de la prestación del servicio.			
	Copia del formulario 008 - Emergencia; en el que conste firma y sello de responsabilidad.			
	Copia del Anexo 2 - Atención Prehospitalaria; con firma de responsabilidad. Si el paciente fue transportado en Ambulancia			Su inexistencia no es motivo de objeción
	Copia del Formulario 053 - Referencia - Contrareferencia, con firma y sello de responsabilidad / conforme al caso.			La inconsistencia en el contenido del documento es responsabilidad del establecimiento derivador por lo que no cabe objeción sino observación

ANEXO 13 - LISTA DE CHEQUEO



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

LISTA DE CHEQUEO SERVICIO AMBULATORIO				
	PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN:	CHEQUEO		
EN CADA EXPEDIENTE REVISAR:	<u>Que toda la información presentada corresponda al mismo usuario/paciente, mes, año y tipo de servicio.</u>			
DOCUMENTO	Revisar que:	SI	NO	OBSERVACIONES
En la Planilla individual deberá verificar que contenga:	Nombres completos del usuario/paciente que recibió la prestación.			
	Fecha de la atención esté en el rango del mes planillado.			
	Código CIE 10 para diagnósticos principal y/o secundario.			
	Número documento de identificación del usuario/paciente. Se exceptúan los beneficiarios No Identificados. (NN).			
	Prestaciones brindadas por día con su respectivo valor por cada prestación dada.			
	Valor total solicitado.			
En el Código de Validación. Únicamente para la RPC	La planilla individual debe ser original con firma y sello del prestador; recordar que si además existe la firma del usuario/paciente o su representante o acompañante en la planilla, este documento se constituye en el acta entrega recepción.			
	Que corresponda a la fecha de atención.			
	Que corresponda al servicio entregado.			

En el Acta Entrega Recepción / solo en procedimientos ambulatorios de intervencionismo Únicamente para la RPC.	Debe ser original			
	Debe corresponder a la fecha del servicio recibido.			
	Debe indicar el servicio recibido.			
	Debe contener la firma del usuario/paciente o su representante o acompañante.			
	Debe contener la firma y sello del prestador.			
En el Certificado de Cobertura de Salud. Se exceptúan los pacientes no Identificados. (NN).	La existencia del certificado(s) de consulta en línea, para verificar el registro de cobertura de salud.(IESS – ISSFFA- ISSPOL).			
	Las fechas de consulta debe corresponder a la fecha de la prestación del servicio.			
En los Formularios médicos, que correspondan al usuario/paciente que recibió la prestación:	Copia del Formulario 053 - Referencia - Contrareferencia; en caso de intervencionismos con firma y sello de responsabilidad; no aplica para beneficiarios de un subsistema de la RPIS que son atendidos en establecimientos de salud de la RPIS.			La inconsistencia en el contenido del documento es responsabilidad del establecimiento derivador por lo que no cabe objeción sino observación
	Copia del Formulario 007 - Interconsulta - Informe; para Interconsulta, con firma y sello de responsabilidad.			
	Copia del Formulario 010 - Laboratorio Clínico / Únicamente el Anverso "SOLICITUD"; para Exámenes de Laboratorio con firma y sello de responsabilidad.			
	Copia del Formulario 013 - Histopatología / Únicamente el Anverso "SOLICITUD"; para Exámenes de Histopatología con firma y sello de responsabilidad.			
	Copia del Formulario 012 - Imagenología - Informe; para Exámenes de Imagen, con firma y sello de responsabilidad.			
	Copia del Formulario 033 - Odontología; para prestación odontológica, con firma y sello de responsabilidad.			



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD**

DOCUMENTOS HABILITANTES PARA LA REVISIÓN DOCUMENTAL EN RELACIÓN A CADA EXPEDIENTE

LISTA DE CHEQUEO

SERVICIO AMBULATORIO / MUESTRAS MÚLTIPLES

DOCUMENTO	PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN: Revisar que:	CHEQUEO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
En el Certificado de Cobertura de Salud. Se exceptúan los pacientes	La existencia del certificado(s) de consulta en línea, para verificar el registro de cobertura de salud.(IESS – ISSFFA- ISSPOL).			

no Identificados. (NN).	Las fechas de consulta debe corresponder a la fecha de la prestación del servicio.			
En el listado de pacientes de las muestras múltiples enviadas.	Que registre la fecha de envío de las muestras.			
	Que registre el examen solicitado.			
	Que registre el Código de Validación. Únicamente para RPC			
	Que se encuentre en orden alfabético y/o cronológico.			
	Que sea original			
	Que contenga los datos de Realizado por / con firma y sello de responsabilidad.			
En el listado de pacientes de las muestras múltiples efectivamente procesadas.	Que contenga los datos de Autorizado por / con firma y sello de responsabilidad.			
	Que registre la fecha de envío de los resultados.			
	Que registre el examen efectivamente realizado.			
	Que registre el Código de Validación. Únicamente para RPC			
	Que se encuentre en orden alfabético y/o cronológico.			
	Que sea original			
	Que contenga los datos de Entregado por: con firma y sello de responsabilidad			
	Que contenga los datos de Recibido por: con firma y sello de responsabilidad			



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

LISTA DE CHEQUEO

SERVICIO PREHOSPITALARIO				
	PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN	LISTA DE CHEQUEO		
EN CADA EXPEDIENTE REVISAR:	<i>Que toda la información presentada corresponda al mismo usuario/paciente, mes, año y tipo de servicio.</i>			
DOCUMENTO	Revisar que:	SI	NO	OBSERVACIONES
En la Planilla individual deberá verificar que contenga:	Nombres completos del usuario/paciente que recibió la prestación.			ANEXO 13 - LISTA DE CHEQUEO REVISIÓN DOCUMENTAL (3)
	Fecha de la atención esté en el rango del mes planillado.			
	Código CIE 10 para diagnósticos principal y/o secundario.			
	Número documento de identificación del usuario/paciente. Se exceptúan los beneficiarios No Identificados. (NN).			
	Prestaciones brindadas por día con su respectivo valor por cada prestación dada.			
	Valor total solicitado.			

	La planilla individual debe ser original con firma y sello del prestador; recordar que si además existe la firma del usuario/paciente o su representante o acompañante en la planilla, este documento se constituye en el acta entrega recepción.			
En el Código de Validación. Únicamente para la RPC	Que corresponda a la fecha de atención.			
	Que corresponda al servicio entregado.			
En el Certificado de Cobertura de Salud. Se exceptúan los pacientes no Identificados. (NN).	La existencia del certificado(s) de consulta en línea, para verificar el registro de cobertura de salud.(IESS – ISSFFA- ISSPOL).			
	Las fechas de consulta debe corresponder a la fecha de la prestación del servicio.			
En la Hoja de Ruta	Registros claros y legibles con firma y sello de responsabilidad.			
En Documentos médicos	Copia del Anexo 2 - Atención Prehospitalaria; con firma de responsabilidad. Si el paciente fue transportado en Ambulancia.			



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

LISTA DE CHEQUEO				
SERVICIO DE DIÁLISIS				
EN CADA EXPEDIENTE REVISAR:				
DOCUMENTO	Que revisar:	SI	NO	OBSERVACIONES
En la Planilla individual deberá verificar que contenga:	Que toda la información presentada corresponda al mismo usuario/paciente, mes, año y tipo de servicio.			
	Nombres completos del usuario/paciente que recibió la prestación.			
	Fecha de la atención esté en el rango del mes planillado.			
	Código CIE 10 para diagnósticos principal y/o secundario.			
	Número documento de identificación del usuario/paciente. Se exceptúan los beneficiarios No Identificados. (NN).			
	Prestaciones brindadas por día con su respectivo valor por cada prestación dada.			
	Valor total solicitado.			
En el Código de Validación. Únicamente para la RPC	La planilla individual debe ser original con firma y sello del prestador; recordar que si además existe la firma del usuario/paciente o su representante o acompañante en la planilla, este documento se constituye en el acta entrega recepción.			
	Que corresponda a la fecha de atención. Que corresponda al servicio entregado.			
	Debe ser original			

En el Acta Entrega Recepción Únicamente para 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 y sello del prestador.			
En el Certificado de Cobertura de Salud. Se exceptúan los pacientes no Identificados. (NN).	La existencia del certificado(s) de consulta en línea, para verificar el registro de cobertura de salud. (IESS – ISSFFA- ISSPOL).			
	Las fechas de consulta deben corresponder a la fecha de la prestación del servicio.			
En el Informe Médico Individual (trimestral)	Original del Informe médico individual (trimestral) con firma y sello de responsabilidad.			
En el Registro de asistencia a las sesiones de Hemodiálisis.	Que pertenezca al usuario/paciente.			
	Que sea original			
	Que corresponda al período auditado.			
	Que registre la firma, sumilla o huella del paciente o la firma, sumilla o huella del representante o acompañante; esto no se constituye en Acta Entrega Recepción.			



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

LISTA DE CHEQUEO

ADICIONAL EN LEVANTAMIENTO / JUSTIFICACIÓN DE OBJECIONES

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

ADICIONAL PARA VÍCTIMAS DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO

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

PARA PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

DOCUMENTO	Revisar:	SI	NO	OBSERVACIONES
	Listado completo de los usuarios/pacientes en orden alfabético y/o cronológico.			

En la Planilla con valores, con base al RDACAA, verificar que contenga:	Las fechas de atención deben estar en el rango del mes y año de prestación del servicio planillado.			
	Código CIE 10 para diagnósticos principal y/o secundario.			
	Número documento de identificación del usuario/paciente. Se exceptúan los beneficiarios No Identificados. (NN).			
	Prestaciones brindadas por día con su respectivo valor por cada prestación dada.			
	Valor total solicitado.			
	Debe ser original con firma y sello del prestador.			

PARA COBERTURAS COMPATIDAS

DOCUMENTO	Revisar:	SI	NO	OBSERVACIONES
Informe de Liquidación emitido por el subsistema que realizó el proceso de ACFSS	Original(es), Con la firma de responsabilidad de quienes realizaron cada subproceso de : Control Documental, Control Técnico Médico, Control Tarifas y del o la Responsable del Proceso de Auditoría de la Calidad de la Facturación de Servicios de Salud. Que incluya el nombre, cargo c/u.			
	Fecha del Informe de Liquidación			
	Mes y año del Servicio, considerar que para internación/hospitalización se considerará la fecha de 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 en orden alfabético y/o cronológico y por cada usuario/paciente el valor solicitado, valor objetado y valor aprobado.			
Indicar que se trata de coberturas compartidas con el subsistema (Nombre del Subsistema)				



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD**

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

ANEXO 13 - LISTA DE CHEQUEO
REVISIÓN MEDICA(1)

LISTA DE CHEQUEO				
SERVICIO INTERNACIÓN / HOSPITALIZACIÓN				
PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN:		CHEQUEO		
EN CADA EXPEDIENTE REVISAR:				
DOCUMENTO	Que revisar:	SI	NO	OBSERVACIONES
En los Formularios médicos, que correspondan al usuario/paciente que recibió la prestación:	Copia del Formulario 053 - Referencia - Contrareferencia; con firma y sello de responsabilidad / excepto en autoderivación, no aplica para beneficiarios de un subsistema de la RPIS que son atendidos en establecimientos de salud de la RPIS.			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; con firma y sello de responsabilidad.			
	Copia del Formulario 008 - Emergencia; si el paciente fue atendido por emergencia, en el que conste firma y sello de responsabilidad.			Su inexistencia no es motivo de objeción, sino de observación.
	Copia del Anexo 2 - Atención Prehospitalaria; con firma de responsabilidad. Si el paciente fue transportado en Ambulancia.			Su inexistencia no es motivo de objeción sino de observación.
	Copia del Protocolo Operatorio, en casos de cirugías, con firma y sello de responsabilidad.			
	Copia del Protocolo Anestésico, en casos de cirugías, con firma y sello de responsabilidad.			
	Copia de la Bitacora Diaria, para Internación/Hospitalización en Terapia Intensiva.			



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD**

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

LISTA DE CHEQUEO				
SERVICIO DE EMERGENCIA				
PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN:		CHEQUEO		
EN CADA EXPEDIENTE REVISAR:				
DOCUMENTO	Revisar que:	SI	NO	OBSERVACIONES
En los Formularios médicos, que correspondan al paciente que recibió la prestación:	Copia del formulario 008 - Emergencia; en el que conste firma y sello de responsabilidad.			
	Copia del Anexo 2 - Atención Prehospitalaria; con firma de responsabilidad. Si el paciente fue transportado en Ambulancia			Su inexistencia no es motivo de objeción
	Copia del Formulario 053 - Referencia - Contrareferencia, con firma y sello de responsabilidad / conforme al caso.			La inconsistencia en el contenido del documento es responsabilidad del establecimiento derivador por lo que no cabe objeción sino observación

ANEXO 13 - LISTA DE CHEQUEO





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

LISTA DE CHEQUEO				
SERVICIO AMBULATORIO				
	PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN:	CHEQUEO		
EN CADA EXPEDIENTE REVISAR:				
DOCUMENTO	Revisar que:	SI	NO	OBSERVACIONES
En los Formularios médicos, que correspondan al usuario/paciente que recibió la prestación:	Copia del Formulario 053 - Referencia - Contrareferencia; en caso de intervencionismos con firma y sello de responsabilidad; no aplica para beneficiarios de un subsistema de la RPIS que son atendidos en establecimientos de salud de la RPIS.			La inconsistencia en el contenido del documento es responsabilidad del establecimiento derivador por lo que no cabe objeción sino observación
	Copia del Formulario 007 - Interconsulta - Informe; para Interconsulta, con firma y sello de responsabilidad.			
	Copia del Formulario 010 - Laboratorio Clínico / Unicamente el Anverso "SOLICITUD"; para Exámenes de Laboratorio con firma y sello de responsabilidad.			
	Copia del Formulario 013 - Histopatología / Unicamente el Anverso "SOLICITUD"; para Exámenes de Histopatología con firma y sello de responsabilidad.			
	Copia del Formulario 012 - Imagenología - Informe; para Exámenes de Imagen, con firma y sello de responsabilidad.			
	Copia del Formulario 033 - Odontología; para prestación odontológica, con firma y sello de responsabilidad.			



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

LISTA DE CHEQUEO				
SERVICIO PREHOSPITALARIO				
	PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN	LISTA DE CHEQUEO		
EN CADA EXPEDIENTE REVISAR:				
DOCUMENTO	Revisar que:	SI	NO	OBSERVACIONES
En Documentos médicos	Copia del Anexo 2 - Atención Prehospitalaria; con firma de responsabilidad. Si el paciente fue transportado en Ambulancia.			



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

LISTA DE CHEQUEO				
SERVICIO DE DIÁLISIS				
		LISTA DE CHEQUEO		
EN CADA EXPEDIENTE REVISAR:				
DOCUMENTO	Que revisar:	SI	NO	OBSERVACIONES
En el Informe Médico Individual (trimestral)	Original del Informe médico individual (trimestral) con firma y sello de responsabilidad.			



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

LISTA DE CHEQUEO**ADICIONAL EN LEVANTAMIENTO / JUSTIFICACIÓN DE OBJECIONES**

DOCUMENTO	Que revisar	SI	NO	OBSERVACION
Informes Médicos Justificativos	Documentos que sustenten la justificación de la objeción, de los expedientes objetados y que el prestador solicite su levantamiento.			

ADICIONAL PARA VÍCTIMAS DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO

DOCUMENTO	Que revisar	SI	NO	OBSERVACION
En la Planilla de Cargos emitida al SPPAT.	Que no se duplique el planillaje al SOAT/SPPAT con el planilleje del subsistema			

Fecha: junio 2017

Elaborado por: GG/ WM/AS/SD



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

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

RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD

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

No.	DOCUMENTO	DEBE CONTENER	CHEQUEO
1	Memorando de Solicitud de Pago	Uno por cada mes y tipo de servicio; considerar que los servicios de internación/hospitalización se emitirá el memorando en el mes de la fecha de alta.	
		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 para el pago.	
		Número de factura enviada por el proveedor y adjunta al trámite	
		Cuadro consolidado que detalla los pacientes atendidos en el servicio y en el mes, con valores aprobados por cada uno.	
		Código de Validación al que refiere la atención por paciente / Únicamente RPC	
		Certificación del cumplimiento cabal de los procedimientos de Auditoría de Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud.	
		Certificación de la no duplicación del pago.	
Indicar que los respaldos documentales de la Auditoría de Facturación de Servicios de Salud, se encuentran en la Unidad responsable del proceso.			

	Firma y sello de responsabilidad.	
--	-----------------------------------	--

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

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

No.	DOCUMENTO	DEBE CONTENER	CHEQUEO
		Listado completo de los pacientes en orden alfabético y/o cronológico. Para el Primer Nivel de atención con base en el RDACAA	

4	Planilla Consolidada	Que registre un valor solicitado por cada paciente y el valor total solicitado.	
		Documento original con firma y sello del prestador.	

No.	DOCUMENTO	DEBE CONTENER	CHEQUEO
5	Informe Consolidado de Liquidación Podrá ser un solo documento o a su vez un informe individual por cada fase del proceso: Control documental, Control Técnico Médico y Control Tarifas.	Original(es), Con la firma de responsabilidad de quienes realizaron cada subproceso de : Control Documental, Control Técnico Médico, Control Tarifas y del o la Responsable del Proceso de Auditoría de la Calidad de la Facturación de Servicios de Salud. Que incluya el nombre, cargo c/u.	
		Fecha del Informe de Liquidación	
		Mes y año del Servicio, considerar que para internación/hospitalización se considerará la fecha de 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 en orden alfabético y/o cronológico y por cada usuario/paciente el valor solicitado, valor objetado y valor aprobado.	
De ser el caso indicar que se trata de coberturas compartidas el infome de liquidación corresponde al elaborado por el el subsistema que realizó el proceso de ACSS			

No.	DOCUMENTO	DEBE CONTENER	CHEQUEO
	Acta Entrega Recepción (para los servicios de	Original con la firma y sello del prestador y firma del usuario/paciente o su representante o acompañante.	

6	Internación/Hospitalización, Diálisis/Hemodiálisis / Para muestras múltiples el listado de las pruebas en muestras múltiples efectivamente realizadas. / Planilla de Cargos individual con las firmas entrega recepción del servicio. Únicamente para la RPC	Nombres y número de Cédula de quienes subscriben.	
		No aplica para coberturas compartidas.	

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

Fecha: junio 2017

Elaborado por: GG/ WM/AS/SD

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

ANEXO 14
ACTA ENTREGA RECEPCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

LOGOTIPO Y MEMBRETE DEL PRESTADOR

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

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

ACUSE ENTREGA DEL SERVICIO

OBSERVACIONES:

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

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

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

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

ACUSE RECEPCION DEL SERVICIO

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

Firma del Usuario/Paciente.

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

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

CERTIFICACION DE FIRMAS:

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

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

ANEXO 15
ACTA ENTREGA RECEPCIÓN SERVICIOS DE DIÁLISIS

LOGOTIPO Y MEMBRETE DEL PRESTADOR

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

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

OBSERVACIONES:

.....

ACUSE ENTREGA DEL SERVICIO

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

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

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

ACUSE RECEPCION DEL SERVICIO

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

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

_____ FIRMA DEL REPRESENTANTE /ACOMPÑANTE

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

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

ANEXO 16 - FORMULARIO 008 - EMERGENCIA

6 SIGNOS VITALES, MEDICIONES Y VALORES													
PRESION ARTERIAL		F. CARDIACA min		F. RESPIRAT. min		TEMP. BUCAL °C		TEMP. AXILAR °C		PESO Kg		TALLA m	
GLASGOW	OCULAR (4)	VERBAL (5)		MOTORA (6)		TOTAL (15)		REACCIÓN PUPILA DER		REACCIÓN PUPILA IZQ		T. LLENADO CAPILAR	SATURA OXIGENO

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

8 LOCALIZACION DE LESIONES		ESCRIBIR EL NUMERO DE LA LESION SOBRE LA REGION CORRESPONDIENTE	
	1 HERIDA PENETRANTE		
	2 HERIDA CORTANTE		
	3 FRACTURA EXPUESTA		
	4 FRACTURA CERRADA		
	5 CUERPO EXTRAÑO		
	6 HEMORRAGIA		
	7 MORDEDURA		
	8 PICADURA		
	9 EXCORIACIÓN		
	0 DEFORMIDAD O MASA		
	1 HEMATOMA		
	2 ERITEMA / INFLAMACION		
	3 LUXACION / ESGUINCE		
	4 QUEMADURA		
	5		

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

10 SOLICITUD DE EXÁMENES														
1. BIOMETRÍA		3. QUÍMICA SANGUÍNEA		5. GASOMETRÍA		7. ENDOSCOPIA		9. R-X ABDOMEN		11. TOMOGRAFÍA		13. ECOGRAFÍA PÉLVICA		15. INTERCONSULTA
2. UROANÁLISIS		4. ELECTROLITOS		6. ELECTROCARDIOGRAMA		8. R-X TÓRAX		10. R-X ÓSEA		12. RESONANCIA		14. ECOGRAFÍA ABDOMEN		16. OTROS

11 DIAGNÓSTICO DE INGRESO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
1				
2				
3				

12 DIAGNÓSTICO DE ALTA	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
1				
2				
3				

13 PLAN DE TRATAMIENTO		
INDICACIONES	MEDICAMENTO PRINCIPIO ACTIVO, CONCENTRACIÓN Y PRESENTACIÓN	POSOLOGÍA
	1	
	2	
	3	
	4	

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

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	FIRMA	NUMERO DE HOJA

ANEXO 16
FORMULARIO 008 - EMERGENCIA

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

1 REGISTRO DE ADMISIÓN										
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		Nº CÉDULA DE CIUDADANÍA		
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y Nº - MANZANA Y CASA)			BARRIO	PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	ZONA (U/R)	Nº TELÉFONO		
FECHA NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD (PAÍS)	GRUPO CULTURAL	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS	SEXO M F		ESTADO CIVIL SOL CAS DIV VIU U-L			INSTRUCCIÓN ULTIMO AÑO APROBADO
FECHA DE ADMISIÓN		OCUPACIÓN		EMPRESA DONDE TRABAJA		TIPO DE SEGURO DE SALUD		REFERIDO DE:		
EN CASO NECESARIO AVISAR A:			PARENTESCO - AFINIDAD		DIRECCIÓN		Nº TELÉFONO			
FORMA DE LLEGADA		FUENTE DE INFORMACIÓN		INSTITUCIÓN O PERSONA QUE ENTREGA AL PACIENTE			Nº TELÉFONO			
AMBULATORIO	AMBULANCIA	OTRO TRANSPORTE								

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

3 ACCIDENTE, VIOLENCIA, INTOXICACIÓN, ENVENENAMIENTO O QUEMADURA									
FECHA Y HORA DEL EVENTO	LUGAR DEL EVENTO	DIRECCIÓN DEL EVENTO			CUSTODIA POLICIAL				
ACCIDENTE DE TRANSITO	CAÍDA	QUEMADURA	MORDEDURA	AHOGAMIENTO	CUERPO EXTRAÑO	APLASTAMIENTO	OTRO ACCIDENTE		
VIOLENCIA X ARMA DE FUEGO	VIOLENCIA X ARMA C. PUNZANTE	VIOLENCIA X RIÑA	VIOLENCIA FAMILIAR	ABUSO FÍSICO	ABUSO PSICOLÓGICO	ABUSO SEXUAL	OTRA VIOLENCIA		
INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA	INTOXICACIÓN ALIMENTARIA	INTOXICACIÓN X DROGAS	INHALACIÓN DE GASES	OTRA INTOXICACIÓN	ENVENENAMIENTO	PICADURA	ANAFILAXIA		
OBSERVACIONES						ALIENTO ETÍLICO		VALOR ALCOCHECK	

4 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES								DESCRIBIR ABAJO, REGISTRANDO EL NÚMERO RESPECTIVO	
1. ALÉRGICO	2. CLÍNICO	3. GINECOLÓGICO	4. TRAUMATÓG.	5. QUIRÚRGICO	6. FARMACOLÓG.	7. PSIQUIATRICO	8. OTRO		

5 ENFERMEDAD ACTUAL Y REVISIÓN DE SISTEMAS				DESCRIBIR: CRONOLOGIA - LOCALIZACION - CARACTERÍSTICAS - INTENSIDAD - FRECUENCIA - FACTORES AGRAVANTES	
VÍA AÉREA LIBRE	VÍA AÉREA OBSTRUIDA	CONDICIÓN ESTABLE	CONDICIÓN INESTABLE		

ANEXO 17
FORMULARIO 13 - HISTOPATOLOGÍA / Solo Anverso

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA
			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	EDAD	CÉDULA DE CIUDADANIA	

SERVICIO	SALA	CAMA	PRIORIDAD			FECHA DE TOMA
			URGENTE	RUTINA	CONTROL	

1 ESTUDIO SOLICITADO			
HISTOPATOLOGIA	CITOLOGÍA	DESCRIPCIÓN	

2 RESUMEN CLINICO

3 DIAGNÓSTICOS		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
1					
2					
3					
4					
5					

4 MUESTRA O PIEZA	DESCRIBIR EL PROCEDIMIENTO, ORIGEN, NUMERO Y ZONA

5 TRATAMIENTO QUE RECIBE

6 DATOS BÁSICOS PARA CITOLOGÍA VAGINAL										
MATERIAL		ANTICONCEPCIÓN		EDADES DE:		PARIDAD		FECHAS		
ENDOCERVIX	EXOCERVIX	PARED VAGINAL	DIU	MENARQUIA	MENOPAUSIA	PARTOS	ABORTOS	ULTIMA MENSTRUACIÓN	ULTIMO PARTO	ULTIMA CITOLOGÍA

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CODIGO	FIRMA	NUMERO DE HOJA

INSTRUCTIVO PARA APLICAR EL MODIFICADOR DE CALIDAD DEL TARIFARIO DE PRESTACIONES SANITARIAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, VERSIÓN 002-2017.

A. ANTECEDENTES:

La calidad de la atención técnica médica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios. (Avedis Donabedian).

Tomando en cuentas que los procesos de mejoramiento continuo de la calidad producen transformaciones importantes y definitivas en los sistemas de gestión de salud, lo que deriva en mejor calidad de atención a los usuarios, mejor uso de los recursos, satisfacción de quienes brindan la atención y de quienes la reciben, y que esta búsqueda de la calidad y sus resultados visibles debe ser reconocida, apoyada e incentivada positivamente, el Tarifario de Prestaciones de Servicios para el Sistema Nacional de Salud, en el numeral 8 identifica los MODIFICADORES GENERALES que se reconocen para la aplicación del tarifario:

- a. Variación geográfica
- b. Calidad**
- c. Emergencia
- d. Alto nivel de complejidad

Respecto al modificador de calidad señala lo siguiente

“El tarifario define como un incentivo, el reconocimiento a la calidad de los servicios. Este reconocimiento se basará en el proceso de evaluación que establezca la autoridad sanitaria nacional con el comité interinstitucional. Los porcentajes que en forma adicional se reconocerán son los siguientes:

Nivel I		Nivel II		Nivel III	
Porcentaje adicional	Proporción de puntaje de Calificación + criterios de calidad	Porcentaje adicional	Proporción de puntaje de Calificación+ criterios de calidad	Porcentaje adicional	Proporción de puntaje de Calificación + criterios de calidad
-5%	70 a 84%	-5%	70 a 84%	-5%	70 a 84%
1%	85 a 89%	1%	85 a 89%	1%	85 a 89%
3%	90 a 94%	3%	90 a 94%	3%	90 a 94%
5%	95- 100%	5%	95-100%	5%	95 -100%

Estos porcentajes se aplicarán a prestadores públicos y privados de acuerdo a las políticas que se operacionalice mediante criterios de calidad instrumentos en los que privilegiará la respuesta oportuna y de calidad a las necesidades de los usuarios y sus familias. “

Por lo que es necesario iniciar un proceso integral y consensuado, en el que las personas y las instituciones asuman su rol para implementar una cultura de mejoramiento continuo de la calidad en salud, en el que se comprometan autoridades, funcionarios administrativos, equipo de salud, los pacientes y la comunidad en general, de manera que se consígalas organizaciones asuman, desarrollen y mantengan sistemas de calidad para su gestión integral, que cuente con procesos e instrumentos para monitorear y retroalimentar su sistema, que favorezca el desarrollo de su talento humano, genere relaciones interinstitucionales transparentes, fuertes y duraderas, que siendo exitosas sean socialmente sanas y solidarias.

B. FINALIDAD:

Establecer el mecanismo y los criterios técnicos iniciales y básicos para evaluar el modificador de calidad, a fin de cumplir lo expresamente dispuesto en la normativa vigente sobre el tema, y facilitar su aplicación por las instituciones participantes en la Red Pública Integral de Salud y en la Red Privada Complementaria.

C. OBJETIVOS:

1. Objetivo General:

Establecer las normas y el procedimiento a seguir, a los fines de calificar los requisitos de calidad de las unidades de salud que presten servicios a la Red Pública Integral de Salud, de conformidad con el marco legal vigente para el tema.

2. Objetivos Específicos:

- a. Definir los criterios de calidad iniciales para la aplicación del incentivo de calidad en las unidades públicas y privadas de la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria.
- b. Establecer la estimación de los criterios de calidad establecidos.
- c. Normar el proceso de calificación del incentivo de calidad.

D. PROCEDIMIENTO:

1. Definición de los criterios de calidad:

Características de los criterios de calidad:

- a. Acordes con la realidad nacional, aplicables y replicables en los diferentes componentes de los subsistemas públicos y privados del sector salud.
- b. Posibles de aplicar y evaluar a lo largo del tiempo.
- c. Estimuladores en las organizaciones para la construcción de propios sistemas de calidad.

- d. Representativos de las tres dimensiones de la calidad: estructura, procesos y resultados, que consideren los componentes técnicos, administrativos y éticos de las organizaciones, así como de los intereses de las propias instituciones, de las autoridades del sector y de los usuarios.
- e. Centrados en la satisfacción de los usuarios (pacientes, familiares y personal de las instituciones).

En el tarifario se ha definido como el estímulo al reconocimiento de la calidad de los servicios de una Institución; en general un estímulo es un incentivo que provoca una acción que puede significar un beneficio o recompensa, o un costo o castigo y puede ser:

- a. Simbólico: como la entrega de premios, menciones o reconocimientos honoríficos a las instituciones que demuestren mejores sistemas de calidad.
- b. Económico: como el reconocimiento de un valor adicional a una tarifa previamente establecida por un determinado servicio.
- c. Social: que es el reconocimiento de la comunidad evidenciado como la preferencia individual y colectiva por el uso de los servicios de una institución.
- d. Legal: que es la motivación a no perder la calidad con el objetivo de evitar sanciones de carácter legal.

Este Instructivo trata sobre los dos primeros tipos de incentivos, siendo el cuarto tratado en las leyes que rigen al Estado Ecuatoriano.

2. Estimación y valoración de criterios de calidad:

Para este primer Instructivo se ha considerado la parte clínica, la de la producción de los servicios, el relacionamiento con los pacientes y la administración de la organización para la estructuración de los criterios de calidad que se explicitan en el **ANEXO 01 “CRITERIOS PARA EVALUAR LA CALIDAD EN UN PRESTADOR DE SALUD VERSIÓN 002-2017”**

3. Proceso de calificación:

Primera etapa inscripción y autoevaluación:

- a. Inscripción: voluntaria de los prestadores que consideren reunir los criterios para la calificación. **ANEXO 001 “FORMULARIO PARA INSCRIPCIÓN EN EL PROCESO DE CALIFICACIÓN DEL MODIFICADOR DE CALIDAD VERSIÓN 001-2012”**
- b. Autoevaluación: según el **ANEXO 003 “MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN DEL MODIFICADOR DE CALIDAD, VERSIÓN 002-2017”**

Segunda etapa recepción y codificación de solicitudes:

- a. Recepción de documentos en la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud.
 - 1. Se receptorá la solicitud de inscripción en físico (original y copia) y magnético.
 - 2. Se identificará cada solicitud con un código alfanumérico para garantizar el anonimato de la autoevaluación.
 - 3. Se enviará a la Comisión las solicitudes codificadas.

- b. Conformación de la Comisión Evaluadora con los delegados institucionales debidamente acreditados ante la Autoridad Sanitaria y estructuración del cronograma de trabajo.

Tercera etapa Revisión y selección de las autoevaluaciones:

- a. Verificar la pertinencia técnica de los documentos presentados.
- b. Calificar los documentos con el **ANEXO 002: CRITERIOS PARA EVALUAR LA CALIDAD EN UN PRESTADOR DE SALUD, VERSIÓN 002-2017**
- c. Valorar la calificación. La calificación se determinará en porcentajes según señala el tarifario
- d. Informar al solicitante del resultado del trámite.

Pasarán a la cuarta etapa “vista en el sitio” aquellas calificaciones superiores a 84% en la autoevaluación.

Cuarta etapa visita “en el sitio”

- a. Aplicación del **ANEXO 004 “MATRIZ DE EVALUACIÓN DEL MODIFICADOR DE CALIDAD, VERSIÓN 002-2017”**.
- b. Determinación del valor obtenido por el prestador, la evaluación determinará el grado de cumplimiento de los requisitos solicitados en los respectivos anexos y se evidenciará en un valor expresado en porcentaje, según señala el tarifario.
- c. Confrontación de los valores de autoevaluación y evaluación de campo y elaboración del informe final con la calificación definitiva.

Quinta etapa comunicación de resultados

Se realizará la comunicación de resultados, oficialmente desde el Viceministerio de Gobernanza, a las instituciones de la RIPS y de la Red Privada Complementaria. Esta comunicación incluirá, de ser necesario, recomendaciones para la gestión del prestador. **ANEXO 005 “INFORME DE RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL MODIFICADOR DE CALIDAD, VERSIÓN 002-2017”**.

E. DISPOSICIONES GENERALES:

1. Las Instituciones que conforman la RIPS y la que represente a la Red Privada Complementaria designarán un delegado y su suplente para conformar la Comisión Evaluadora.
2. Las Instituciones que conforman la RIPS y la que represente Red Privada Complementaria aplicarán la calificación determinada por la Comisión Evaluadora sobre un prestador de servicios, en lo relacionado con el pago incentivo por el modificador de calidad.
3. Los prestadores que consideren reunir los requisitos señalados en el ANEXO 001, solicitarán voluntariamente inscribirse para el proceso de evaluación y enviarán junto con la inscripción el formato de autoevaluación.

4. Los funcionarios que participan en la ejecución del proceso lo harán en los términos de agilidad, oportunidad, discreción, confidencialidad y equidad, aplicando sus mejores conocimientos y brindando la información suficiente, clara y oportuna que requieran los participantes, garantizando equidad en la información.

F. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS:

1. La Autoridad Sanitaria pondrá a disposición del Sistema Nacional de Salud, la información sobre los requisitos y el procedimiento para la participación en la evaluación del incentivo a la calidad.
2. La Autoridad Sanitaria conformará la Comisión evaluadora con miembros designados para tal fin por las organizaciones de la RPIS y un representante de la Red Privada Complementaria.
3. La Autoridad Sanitaria informará al prestador sobre el resultado de su evaluación y si está favorecido con el incentivo económico y el porcentaje del mismo. La Autoridad Sanitaria informará lo pertinente a los financiadores de los servicios, Ministerio de Salud, PPS, IESS, ISSFA, ISSPOL, SPPAT, compañías que ofertan seguros de asistencia médica y compañías que oferten servicios de atención integral de salud prepagada, para los trámites administrativos y financieros que les corresponda.
4. La calificación dada por la Comisión evaluadora será de aplicación obligatoria en la RPIS y en la RPC, con la fecha y condiciones que la Comisión determine.
5. La Comisión Evaluadora aplicará estrictamente los procedimientos y criterios expresados en este Instructivo y en los anexos que son parte constituyente del mismo.

ANEXOS:

ANEXO 001: FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN, VERSIÓN 001-2012

ANEXO 002: CRITERIOS PARA EVALUAR LA CALIDAD EN UN PRESTADOR DE SALUD, VERSIÓN 001-2012

ANEXO 003: MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN, VERSIÓN 001-2012

ANEXO 004: MATRIZ DE CALIFICACIÓN, VERSIÓN 001-2012

ANEXO 005: FORMATO DE COMUNICACIÓN DE RESULTADOS, VERSIÓN 001-2012

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD

ANEXO 001: FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN, VERSIÓN 001-2012

PARA USO DEL MSP	
CÓDIGO	FECHA DE INSCRIPCIÓN
NOMBRE Y SUMILLA DEL FUNCIONARIO RECEPTOR	

PARA USO DEL PRESTADOR

IDENTIFICACIÓN GENERAL						
1	RAZÓN SOCIAL					
2	RUC					
NATURALEZA						
3	PÚBLICO					
4	PRIVADO SIN FINES DE LUCRO					
5	PRIVADO CON FINES DE LUCRO					
REPRESENTANTE LEGAL						
6	NOMBRE					
7	CÉDULA DE IDENTIDAD					
8	DIRECTOR MÉDICO					
UBICACIÓN						
9	CALLES					
10	CIUDAD					
11	CANTÓN					
12	PROVINCIA					
13	NÚMERO TELEFÓNICO Y E-MAIL					
INFORMACIÓN PARA REGISTRO						
14	Presenta plan de mejoramiento de la calidad					
15	Presenta autoevaluación					
INFORMACIÓN TÉCNICA GENERAL						
CAPACIDAD INSTALADA NÚMERO DE CAMAS DISPONIBLES						
16	CAMAS PEDIÁTRICAS					
17	CAMAS DE ADULTOS					
18	CAMAS DE OBSTETRICIA					
19	SALAS DE PARTO					
20	UCI NEONATAL					
21	UCI PEDIÁTRICA					
22	UCI ADULTOS					
23	UC INTERMEDIOS NEONATAL					
24	UC INTERMEDIOS PEDIATRICOS					
25	UC INTERMEDIOS ADULTOS					
26	SALAS QUIRÚRGICAS					
27	SALAS QUIRÚRGICAS ESPECIALIZADA					
28	SALAS DE SIQUIATRÍA O SALUD MENT.					
SERVICIOS QUE OFRECE						
ADJUNTAR DETALLE DE LOS SERVICIOS QUE OFRECE ENLISTADOS EN FORMATO EXCEL, INDICANDO SI SON HOSPITALARIOS O AMBULATORIOS, SEGÚN EL SIGUIENTE FORMATO						
No.	SERVICIO	HOSPITALARIO	AMBULATORIO	COMPLEJIDAD ALTA	COMPLEJIDAD MEDIA	COMPLEJIDAD BAJA
EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA UNIDAD DE SALUD DECLARA QUE TODA LA INFORMACIÓN PRESENTADA EN ESTE DOCUMENTO ES FIDEDIGNA Y QUE PUEDE SER VERIFICADA EN LAS FUENTES ORIGINALES.						
FIRMA						

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD**

ANEXO 002: CRITERIOS PARA EVALUAR LA CALIDAD EN UN PRESTADOR DE SALUD, VERSIÓN 001-2012

	CRITERIO	INDICADOR	VERIFICADOR	PONDERACIÓN
1.	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	Procesos controlados, recursos adecuados para gestión		
	Relacionamiento institucional	100% pacientes atendidos oportunamente	Flujograma, registros	6,00
	Control sobre servicios generales	0 quejas de usuarios	Manual, registros	2,00
	Mantenimiento de equipos	100% de equipos funcionando	Manual, registros	5,00
	Reconocimiento usuarios	100% clientes satisfechos	Registros	2,00
	Sistema de calidad	Sistema implementado	Procesos, manuales	5,00
	TOTAL			20,00
2.	GESTIÓN TÉCNICA MÉDICA	Nivel profesional óptimo		
	Accesibilidad	100% de pacientes referidos ingresan para recibir servicios	Flujograma/ estadística	5,00
	Oportunidad	100% de pacientes reciben atención según determina la necesidad médica	Flujograma/ estadística	10,00
	Pertinencia técnica	100% de procedimientos aplicados corresponden a protocolos y guías	Protocolos y guías de atención/estadística	10,00
	Seguridad	100% de procedimientos aplicados corresponden a protocolos y guías	Protocolos y guías de atención/estadística	10,00
	Continuidad	100% de pacientes culminan el tratamiento en la institución	Flujograma/ estadística	5,00
	Equipo de auditoría de la calidad	Equipo implementado	Procesos, manuales, actas de trabajo	5,00
	TOTAL			45,00
3.	GESTIÓN TALENTO HUMANO	Talento humano calificado, empoderado y con sentido de pertenencia y responsabilidad profesional y social		
	Selección, capacitación y	100% de procesos bajo norma de calidad	Manual, fichas laborales	2,50
	Ambiente laboral	100% Personal satisfecho y con sentido de pertenencia	Encuesta	2,50
	Higiene y seguridad	Sistema de Seguridad y Salud Ocupacional	Manual	5,00
	TOTAL			10,00
4.	GESTIÓN FINANCIERA	Control de recursos eliminando el costo de la no calidad		
	Situación económica	Seguridad en uso de recursos financieros	Balance aprobado en el nivel	5,00
	Personal capacitado en el manejo de convenio	100% personal conoce tarifario, procesos y sistema del convenio	Registro reexpediciones	2,50
	Sistema de costos	Sistema implementado	Costos estandarizados	2,50
	Referencias usuarios	100% referencias favorables	Certificaciones	2,50
	TOTAL			12,50
5.	SATISFACCIÓN DEL USUARIO	Gestión centrada en necesidades y derechos de usuarios		
	Proceso para la satisfacción del	Proceso establecido	Manual	5,00
	Gestión del relacionamiento con los usuarios	100% de quejas atendidas	Encuesta/respuesta	7,50
	TOTAL			12,50
	TOTAL EVALUACIÓN			100,00

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD

ANEXO 003: MATRIZ DE AUTOEVALUACION, VERSIÓN 001-2012

No.	CRITERIO	VERIFICADOR	SI	NO
	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	Procesos controlados, recursos adecuados para gestión		
1	1. 1. Relacionamiento institucional: pacientes atendidos oportunamente	Cuenta con flujograma de relacionamiento,		
		Tiene nombrado un coordinador institucional		
		El coordinador conoce a sus pares institucionales		
		Tiene identificados los centros de referencia y contrareferencia		
	1.2. Control sobre servicios generales, sin quejas de usuarios	Cuenta con un manual de limpieza de espacios comunes		
		Cuenta con un manual de limpieza de espacios médicos: quirófanos, esterilización, salas, etc.		
		Cuenta con cisterna de reserva de agua		
		Cuenta con planta auxiliar de energía eléctrica		
	1.3. Mantenimiento de equipos, equipos funcionando adecuadamente	Cuenta con un manual de mantenimiento		
		Cuenta con mantenimiento preventivo		
		Cuenta con mantenimiento correctivo		
		Cuenta con un plan de renovación de equipos		
		Cuenta con un responsable de mantenimiento		
	1.4. Reconocimiento usuarios satisfechos	Presenta certificados de satisfacción de todos sus clientes		
		Cuenta con registro de reconocimiento de pacientes		
	1.5. Sistema de calidad implantado	Cuenta con un sistema de calidad funcionando		
		Cuenta con el respaldo de la alta gerencia		
		Cuenta con presupuesto asignado		
		Esta funcionando en más de la mitad de servicios		
		Está funcionando en menos de la mitad de servicios		
No.	CRITERIO	VERIFICADOR	SI	NO

NO.	GESTION TÉCNICA MÉDICA	Nivel profesional óptimo		
2	2.1. Accesibilidad	No existen barreras físicas		
		No existen barreras administrativas		
		No existen barreras económicas		
		No existen barreras culturales		
		Todos los servicios están a disposición de todos los pacientes		
	2.2. Oportunidad de la atención sin retraso	Se brinda el servicio sin retrasos que pongan en riesgo la vida o integridad del paciente		
		Existe un cuadro de turnos del personal médico y se ejecuta		
		Se aplica el triage en el servicio de emergencia		
		El médico informa al paciente previo a la ejecución de un procedimiento		
		Se brinda la atención priorizando la necesidad técnica		
	2.3. Pertinencia técnica, usuarios reciben los servicios que necesitan	Cuenta con protocolos y guías de atención para la mayoría de patologías que trata		
		Cuenta con formatos de consentimiento informado para la mayoría de procedimientos que realiza		
		Cuenta con equipo de auditoría médica		
		Cuenta con un código de ética institucional		
		Cuenta con un tribunal de honor institucional		
	2.4. Seguridad, mínimo riesgo de causar efectos adversos	Se aplican los protocolos y guías en la atención de los pacientes		
		Se respeta el consentimiento informado		
		Se aplican las recomendaciones de auditoría médica		
		Cuenta con Comité de control de infecciones y otros indicadores trazadores		
		Se aplican las recomendaciones del Tribunal de honor		
	2.5. Continuidad, secuencia lógica basada en la evidencia	Pacientes reciben atención en orden lógica y técnica		
		Pacientes reciben atención integral		
	2.6. Equipo de auditoría de la	Proceso de Auditoría de la calidad implementado		
		Manual de Auditoría		

	calidad	Nómina de integrantes del equipo		
		Informes de auditoría		
No.	CRITERIO	VERIFICADOR	SI	NO
	GESTIÓN TALENTO HUMANO	Talento humano calificado, empoderado y con sentido de pertenencia y responsabilidad profesional y social		
3	3.1. Selección, capacitación y evaluación	Cuenta con un proceso técnico de selección del talento humano		
		Cuenta con un plan de capacitación		
		Tiene un proceso de certificación de profesionales		
	3.2. Ambiente laboral	Encuesta tabulada		
	3.3. Higiene y seguridad	Manual de seguridad y salud ocupacional		
No.	CRITERIO	VERIFICADOR	SI	NO
	GESTION FINANCIERA	Control de recursos eliminando el costo de la no calidad		
4	4.1. Situación económica, seguridad en el uso de los recursos financieros	Balance aprobado en el nivel correspondiente		
	4.2. Personal capacitado en el manejo de convenio	Personal conoce tarifario, procesos y sistema del convenio		
	4.3. Sistema de costos	Sistema implementado		
	4.5. Referencias usuarios	Referencias favorables		
No.	CRITERIO	VERIFICADOR	SI	NO
	SATISFACCIÓN DEL USUARIO	Gestión centrada en necesidades y derechos de usuarios		
5	5.1. Proceso para la satisfacción del usuario	Proceso establecido		
		Señalética adecuada		
		Comodidades y facilidades para usuarios		
	5.2. Gestión del relacionamiento con los usuarios	Unidad o persona encargada de atender/informar al paciente		
		Respuesta oportuna y efectiva a quejas de usuarios		

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD

ANEXO 004: MATRIZ DE AUTOEVALUACION, VERSIÓN 001-2012

No.	CRITERIO	VERIFICADOR	SI	NO
	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	Procesos controlados, recursos adecuados para gestión		
1	1. 1. Relacionamiento institucional: pacientes atendidos oportunamente	Cuenta con flujograma de relacionamiento,		
		Tiene nombrado un coordinador institucional		
		El coordinador conoce a sus pares institucionales		
		Tiene identificados los centros de referencia y contrareferencia		
	1.2. Control sobre servicios generales, sin quejas de usuarios	Cuenta con un manual de limpieza de espacios comunes		
		Cuenta con un manual de limpieza de espacios médicos: quirófanos, esterilización, salas, etc.		
		Cuenta con cisterna de reserva de agua		
		Cuenta con planta auxiliar de energía eléctrica		
	1.3. Mantenimiento de equipos, equipos funcionando adecuadamente	Cuenta con un manual de mantenimiento		
		Cuenta con mantenimiento preventivo		
		Cuenta con mantenimiento correctivo		
		Cuenta con un plan de renovación de equipos		
		Cuenta con un responsable de mantenimiento		
	1.4. Reconocimiento usuarios satisfechos	Presenta certificados de satisfacción de todos sus clientes		
		Cuenta con registro de reconocimiento de pacientes		
	1.5. Sistema de calidad implantado	Cuenta con un sistema de calidad funcionando		
		Cuenta con el respaldo de la alta gerencia		
		Cuenta con presupuesto asignado		
		Esta funcionando en más de la mitad de servicios		
		Está funcionando en menos de la mitad de servicios		

No.	CRITERIO	VERIFICADOR	SI	NO
	GESTION TÉCNICA MÉDICA	Nivel profesional óptimo		
2	2.1. Accesibilidad	No existen barreras físicas		
		No existen barreras administrativas		
		No existen barreras económicas		
		No existen barreras culturales		
		Todos los servicios están a disposición de todos los pacientes		
	2.2. Oportunidad de la atención sin retraso	Se brinda el servicio sin retrasos que pongan en riesgo la vida o integridad del paciente		
		Existe un cuadro de turnos del personal médico y se ejecuta		
		Se aplica el triage en el servicio de emergencia		
		El médico informa al paciente previo a la ejecución de un procedimiento		
		Se brinda la atención priorizando la necesidad técnica		
	2.3. Pertinencia técnica, usuarios reciben los servicios que necesitan	Cuenta con protocolos y guías de atención para la mayoría de patologías que trata		
		Cuenta con formatos de consentimiento informado para la mayoría de procedimientos que realiza		
		Cuenta con equipo de auditoría médica		
		Cuenta con un código de ética institucional		
		Cuenta con un tribunal de honor institucional		
	2.4. Seguridad, mínimo riesgo de causar efectos adversos	Se aplican los protocolos y guías en la atención de los pacientes		
		Se respeta el consentimiento informado		
		Se aplican las recomendaciones de auditoría médica		
		Cuenta con Comité de control de infecciones y otros indicadores trazadores		
		Se aplican las recomendaciones del Tribunal de honor		
	2.5. Continuidad, secuencia lógica basada en la evidencia	Pacientes reciben atención en orden lógica y técnica		
Pacientes reciben atención integral				
2.6. Equipo de auditoría de la calidad	Proceso de Auditoría de la calidad implementado			
	Manual de Auditoría			
	Nómina de integrantes del equipo			
	Informes de auditoría			

No.	CRITERIO	VERIFICADOR	SI	NO
	GESTIÓN TALENTO HUMANO	Talento humano calificado, empoderado y con sentido de pertenencia y responsabilidad profesional y social		
3	3.1. Selección, capacitación y evaluación	Cuenta con un proceso técnico de selección del talento humano		
		Cuenta con un plan de capacitación		
		Tiene un proceso de certificación de profesionales		
	3.2. Ambiente laboral	Encuesta tabulada		
	3.3. Higiene y seguridad	Manual de seguridad y salud ocupacional		
No.	CRITERIO	VERIFICADOR	SI	NO
	GESTION FINANCIERA	Control de recursos eliminando el costo de la no calidad		
4	4.1. Situación económica, seguridad en el uso de los recursos financieros	Balance aprobado en el nivel correspondiente		
	4.2. Personal capacitado en el manejo de convenio	Personal conoce tarifario, procesos y sistema del convenio		
	4.3. Sistema de costos	Sistema implementado		
	4.5. Referencias usuarios	Referencias favorables		
No.	CRITERIO	VERIFICADOR	SI	NO
	SATISFACCIÓN DEL USUARIO	Gestión centrada en necesidades y derechos de usuarios		
5	5.1. Proceso para la satisfacción del usuario	Proceso establecido		
		Señalética adecuada		
		Comodidades y facilidades para usuarios		
	5.2. Gestión del relacionamiento con los usuarios	Unidad o persona encargada de atender/informar al paciente		
		Respuesta oportuna y efectiva a quejas de usuarios		

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD

ANEXO 005: INFORME DE RESULTADOS, VERSIÓN 001-2012

CÓDIGO

FECHA

IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL ESTABLECIMIENTO CALIFICADO

1 RAZÓN SOCIAL

2 REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUY

NATURALEZA

3 PÚBLICO

4 PRIVADO SIN FINES DE LUCRO

5 PRIVADO CON FINES DE LUCRO

6 DIRECCIÓN

RESULTADOS

ETAPA

CALIFICACIÓN

7 AUTOEVALUACIÓN

8 EVALUACIÓN EN SITIO

9 MODIFICADOR DE CALIDAD

COMENTARIOS

RECOMENDACIONES

EVALUADORES

NOMBRE	CARGO	INSTITUCIÓN