

REGISTRO OFICIAL

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



Ministerio
de Salud Pública





TECNOLOGIA AL SERVICIO DEL DERECHO

LEY DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Art. 10.- El derecho de autor protege también la forma de expresión mediante la cual las ideas del autor son descritas, explicadas, ilustradas o incorporadas a las obras.

No son objeto de protección:

- a) Las ideas contenidas en las obras, los procedimientos, métodos de operación o conceptos matemáticos en sí; los sistemas o el contenido ideológico o técnico de las obras científicas, ni su aprovechamiento industrial o comercial; y,
- b) Las disposiciones legales y reglamentarias, las resoluciones judiciales y los actos, acuerdos, deliberaciones y dictámenes de los organismos públicos, así como sus traducciones oficiales.

REGISTRO OFICIAL ORGANO DEL GOBIERNO DEL ECUADOR es marca registrada de la Corte Constitucional de la República del Ecuador.



**MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA**

Págs.

LEXIS S.A. ACUERDOS:

00005308 Dese por concluida la emergencia sanitaria en los hospitales Baca Ortiz y Pablo Arturo Suárez de la ciudad de Quito, provincia de Pichincha..... 2

00005309 Apruébese y autorícese la publicación de la Norma del proceso de relacionamiento para la atención de pacientes y reconocimiento económico por prestación de servicios de salud entre instituciones de la red pública integral de salud y de la red privada complementaria..... 3

No. 005308

**LA MINISTRA DE SALUD
PÚBLICA**

Considerando:

Que, la Constitución de la República del Ecuador manda *“Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.”*;

Que, la Ley Orgánica de Salud dispone: *“Art. 4. La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.”*;

Que, la Ley *Ibidem*, en el artículo 9, prescribe que: *“Corresponde al Estado garantizar el derecho a la salud de las personas, para lo cual tiene, entre otras, las siguientes responsabilidades: (...) d) Adoptar las medidas necesarias para garantizar en caso de emergencia sanitaria, el acceso y disponibilidad de insumos y medicamentos necesarios para afrontarla, haciendo uso de los mecanismos previstos en los convenios y tratados internacionales y la legislación vigente; (...).”*;

Que, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública, en el artículo 57, preceptúa: *“Para atender las situaciones de emergencia (...) el Ministro de Estado o en general la máxima autoridad de la entidad deberá emitir resolución motivada que declare la emergencia (...). En todos los casos, una vez superada la situación de emergencia, la máxima autoridad de la Entidad Contratante publicará en el Portal COMPRASPÚBLICAS un informe que detalle las contrataciones realizadas y el presupuesto empleado, con indicación de los resultados obtenidos.”*;

Que, el Estatuto del Régimen Jurídico y Administrativo de la Función Ejecutiva, en el artículo 89, determina: *“Los actos administrativos que expidan los órganos y entidades sometidos a este Estatuto se extinguen o reforman en sede administrativa de oficio o a petición del administrado. (...)”*; disponiendo además, en el artículo 91, que *“La extinción o reforma de oficio de un acto administrativo por razones de oportunidad tendrá lugar cuando existen razones de orden público que justifican declarar extinguido dicho acto administrativo. (...)”*;

Que, con Decreto Ejecutivo No. 1272 de 22 de agosto de 2012, publicado en el Registro Oficial No. 788 de 13 de septiembre de 2012, el Presidente Constitucional de la República del Ecuador designó a la magister Carina Isabel Vance Mafía como Ministra de Salud Pública, ratificando su nombramiento con Decreto Ejecutivo No. 2 de 24 de mayo de 2013, publicado en el Suplemento del Registro Oficial No. 5 de 31 de mayo de 2013;

Que, el Director Ejecutivo del entonces Instituto Nacional de Contratación Pública – INCOP (actual Servicio Nacional de Contratación Pública – SERCOP), mediante Resolución INCOP No. 045-10 de 9 de julio de 2010, expidió disposiciones para las contrataciones en situaciones de emergencia, determinando, en el artículo 5, que una vez superada la situación de emergencia, la entidad contratante deberá publicar en el portal de compras públicas, en la herramienta “Publicaciones de Emergencia”, vinculada a la declaratoria inicial, el informe emitido por la máxima autoridad o su delegado, con el detalle de las contrataciones realizadas y sus resultados, conforme los elementos detallados en dicho artículo;

Que, mediante Acuerdo Ministerial No. 0000028 de 11 de enero de 2011, reformado con los Acuerdos Ministeriales No. 00000275 de 25 de marzo de 2011, No. 00000767 de 31 de agosto de 2011, No. 0000954 de 20 de octubre de 2011; No. 00001064 de 10 de noviembre de 2011; y, No. 0000038 “A” de 13 de enero de 2012, el Ministerio de Salud Pública declaró en situación de emergencia sanitaria, entre otros, a los Hospitales Pablo Arturo Suárez y Baca Ortiz de la ciudad de Quito, provincia de Pichincha;

Que, con memorando No. MSP-VAIS-2015-0931-M de 16 de julio de 2015, la Viceministra de Atención Integral en Salud recomendó a la Ministra de Salud Pública, concluir con la declaratoria de emergencia sanitaria en los Hospitales Baca Ortiz y Pablo Arturo Suárez de la ciudad de Quito, provincia de Pichincha, para lo cual adjuntó los informes técnicos No. DNHINF-#000108 y No. DNHINF-#000109, elaborados por la Dirección Nacional de Hospitales y aprobados por la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud, mismos que concluyen que se han superado los problemas que motivaron la declaratoria del estado de emergencia sanitaria de los citados hospitales recomendando derogar dicha declaratorias; y,

Que, mediante sumilla inserta en el recorrido del sistema de gestión documental quipux en el memorando No. MSP-VAIS-2015-1394-M de 19 de octubre de 2015, la Viceministra de Atención Integral en Salud solicita a la Coordinadora General de Asesoría Jurídica, Subrogante, *“(...) gestión oportuna para obtener el nuevo acuerdo a la brevedad para recabar sumillas correspondientes (...)”*;

En ejercicio de las atribuciones legales conferidas por los artículos 151 y 154 numeral 1 de la Constitución de la República del Ecuador y por el artículo 17 del Estatuto del Régimen Jurídico y Administrativo de la Función Ejecutiva

Acuerda:

Art. 1.- Dar por concluida la emergencia sanitaria en los Hospitales Baca Ortiz y Pablo Arturo Suárez de la ciudad de Quito, provincia de Pichincha, declarada mediante Acuerdo Ministerial No. 0000028 de 11 de enero de 2011, reformado con los Acuerdos Ministeriales No. 00000275 de 25 de marzo de 2011, No. 00000767 de 31 de agosto de 2011, No. 0000954 de 20 de octubre de 2011; No. 00001064 de 10 de noviembre de 2011; y, No. 0000038 “A” de 13 de enero de 2012.

Art. 2.- Disponer a la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud y a la Subsecretaría Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud, en el ámbito de sus competencias, la elaboración del respectivo informe con el detalle de las contrataciones realizadas, sus resultados y el presupuesto empleado durante la situación de emergencia sanitaria de los Hospitales Baca Ortiz y Pablo Arturo Suárez de la ciudad de Quito, provincia de Pichincha, de conformidad con la disposición contenida en el artículo 5 de la Resolución INCOP No. 045-10 de 9 de julio de 2010. Este informe será puesto a consideración de la Viceministra de Atención Integral en Salud para su aprobación.

Art. 3.- Disponer a la Dirección Nacional de Contratación Pública la publicación del presente Acuerdo Ministerial en el Portal www.compraspublicas.gob.ec, y que, una vez aprobado el informe referido en el artículo 2 del presente Acuerdo, éste sea publicado en el portal de compras públicas, según lo establecido en la citada Resolución INCOP No. 045-10 de 9 de julio de 2010.

DISPOSICIÓN FINAL

El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia a partir de su publicación en el Portal de Compras Públicas, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial y de su ejecución encárguese a la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud, a la Subsecretaría Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud a través de sus respectivas instancias administrativas y a la Coordinación Zonal 9- Salud.

Dado en el Distrito Metropolitano de Quito a, 28 de octubre de 2015.

f.) Carina Vance Mafla, Ministra de Salud Pública.

Es fiel copia del documento que consta en el archivo de la Dirección Nacional de Secretaría General al que me remito en caso necesario.- Lo certifico en Quito, a 30 de octubre de 2015.- f.) Secretaría General, Ministerio de Salud Pública.

No. 00005309

**LA MINISTRA DE SALUD
PÚBLICA**

Considerando:

Que, la Constitución de la República del Ecuador manda: *“Art. 3.- Son deberes primordiales del Estado: 1. Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes. (...)”;*

Que, la Constitución de la República del Ecuador ordena: *“Art. 32.- “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.”;*

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”;

Que, el artículo 50 de la citada Constitución de la República dispone: *“El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente.”;*

Que, la Carta Fundamental, en el artículo 359, preceptúa: *“El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.”;*

Que, la Norma Suprema prescribe: *“Art. 360.- La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.”;*

Que, el artículo 361 de la Constitución de la República estipula que el Estado ejercerá la rectoría del Sistema Nacional de Salud a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector;

Que, la Ley Orgánica de Salud, en el artículo 2, dispone: *“Todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud para la ejecución de las actividades relacionadas con la salud, se sujetarán a las disposiciones de esta Ley, sus reglamentos y las normas establecidas por la autoridad sanitaria nacional.”;*

Que, la Ley Orgánica de Salud establece *“Art. 4.- La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.”;*

Que, la Ley *Ibidem* prevé: “Art. 6.- *Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: (...) 34. Cumplir y hacer cumplir esta Ley, los reglamentos y otras disposiciones legales y técnicas relacionadas con la salud,*”;

Que, la Ley *Ibidem*, en el artículo 9, determina que corresponde al Estado garantizar el derecho a la salud de las personas, para lo cual tiene, entre otras, las siguientes responsabilidades: “(...) e) *Establecer a través de la autoridad sanitaria nacional, los mecanismos que permitan a la persona como sujeto de derechos, el acceso permanente e ininterrumpido, sin obstáculos de ninguna clase a acciones y servicios de salud de calidad. (...)*”;

Que, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud preceptúa: “Art. 2.- *Finalidad y Constitución del Sistema.- El Sistema Nacional de Salud tiene por finalidad mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud. Estará constituido por las entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector salud, que se articulan funcionalmente sobre la base de principios, políticas, objetivos y normas comunes.*”;

Que, el artículo 3 de la Ley *Ibidem*, prevé entre los objetivos del Sistema Nacional de Salud: “1. *Garantizar el acceso equitativo y universal a servicios de atención integral de salud, a través del funcionamiento de una red de servicios de gestión desconcentrada y descentralizada. (...) 4. Promover, la coordinación, la complementación y el desarrollo de las instituciones del sector. (...)*”;

Que, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, en el artículo 11, dispone: “*La provisión de servicios de salud es plural y se realiza con la participación coordinada de las instituciones prestadoras, las cuales funcionarán de conformidad con su estatuto de constitución y la administración de sus propios recursos.*”

El Sistema establecerá los mecanismos para que las instituciones garanticen su operación en redes y aseguren la calidad, continuidad y complementariedad de la atención, para el cumplimiento del Plan Integral de Salud de acuerdo con las demandas y necesidades de la comunidad.”;

Que, la citada Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud señala: “Art. 12.- *Función de aseguramiento.- El aseguramiento es la garantía de acceso universal y equitativo de la población al Plan Integral de Salud en cumplimiento del derecho ciudadano a la protección social en salud.*”

A efecto de alcanzar la cobertura universal el Sistema con la participación de todos sus integrantes aplicará las medidas que sean necesarias para el cumplimiento de esta meta común. (...)”;

Que, el 2 de mayo de 2012, el Ministerio de Salud Pública expidió el “Instructivo 001-2012 PARA LA VIABILIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN UNIDADES DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD Y EN LA RED PRIVADA COMPLEMENTARIA DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD”, instrumento técnico que dispone

los procedimientos administrativos del relacionamiento interinstitucional para la derivación/referencia y recepción/admisión de pacientes entre los establecimientos de la Red Pública Integral de Salud y hacia los establecimientos de la Red Privada Complementaria y el reconocimiento económico por la prestación de servicios de salud brindados a los usuarios;

Que, es necesario actualizar, unificar y normar los procedimientos administrativos establecidos en el citado Instructivo para facilitar la oportunidad del acceso de los usuarios a los servicios de salud que requieran atención emergente, derivación o referencia y contrareferencia entre unidades calificadas/acreditadas de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y de la Red Privada Complementaria (RPC); así como, los procedimientos para la auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud y el reconocimiento económico de las prestaciones recibidas por los usuarios; y,

Que, mediante memorando No. MSP-DNN-2015-1176-M de 8 de octubre de 2015, la Directora Nacional de Normatización, Encargada, solicita la elaboración del presente Acuerdo Ministerial.

En ejercicio de las atribuciones legales concedidas en los artículos 151 y 154 de la Constitución de la República del Ecuador, en concordancia con el artículo 17 del Estatuto del Régimen Jurídico y Administrativo de la Función Ejecutiva

Acuerda:

Art. 1.- Aprobar y autorizar la publicación del documento denominado “**NORMA DEL PROCESO DE RELACIONAMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES Y RECONOCIMIENTO ECONÓMICO POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ENTRE INSTITUCIONES DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD Y DE LA RED PRIVADA COMPLEMENTARIA**”.

Art. 2.- Disponer que el documento denominado “**NORMA DEL PROCESO DE RELACIONAMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES Y RECONOCIMIENTO ECONÓMICO POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ENTRE INSTITUCIONES DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD Y DE LA RED PRIVADA COMPLEMENTARIA**”, sea aplicado a nivel nacional como una normativa del Ministerio de Salud Pública con carácter obligatorio para todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud (Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria), que se relacionen con la RPIS respecto a los usuarios que concurren a recibir atención de salud por emergencia, derivación o referencia y contrareferencia.

Art. 3.- Publicar la “**NORMA DEL PROCESO DE RELACIONAMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES Y RECONOCIMIENTO ECONÓMICO POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ENTRE INSTITUCIONES DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD Y DE LA RED PRIVADA COMPLEMENTARIA**”, en la página web del Ministerio de Salud Pública.

DISPOSICIÓN GENERAL

PRIMERA.- La aplicación obligatoria de las disposiciones del presente Acuerdo Ministerial es responsabilidad de las máximas autoridades de los establecimientos que conforman la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y la Red Privada Complementaria (RPC); y, el control de la aplicación de la Norma en territorio es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública a través de las Coordinaciones Zonales de Salud.

DISPOSICIÓN DEROGATORIA

Deróguense todas las normas de igual o menor jerarquía que se opongan al presente Acuerdo Ministerial, expresamente el “Instructivo 001-2012 PARA LA VIABILIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN UNIDADES DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD Y EN LA RED PRIVADA COMPLEMENTARIA DE PRESTADORES

DE SERVICIOS DE SALUD”.

DISPOSICIÓN FINAL

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

Dado en el Distrito Metropolitano de Quito a, 28 de octubre de 2015.

f.) Carina Vance Mafía, Ministra de Salud Pública.

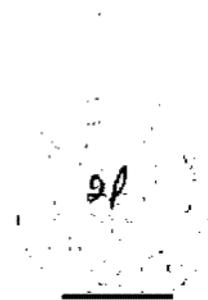
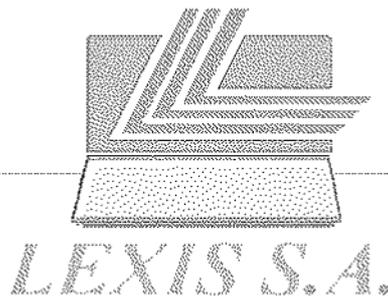
Es fiel copia del documento que consta en el archivo de la Dirección Nacional de Secretaría General al que me remito en caso necesario.- Lo certifico en Quito, a 30 de octubre de 2015.- f.) Secretaría General, Ministerio de Salud Pública.



Norma del proceso de relacionamiento para la atención de pacientes y reconocimiento económico por prestación de servicios de salud entre Instituciones de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria.

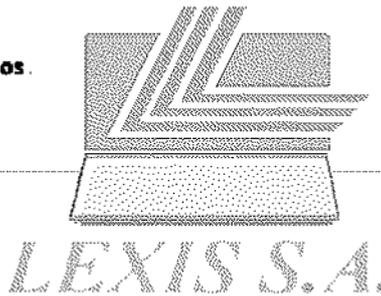
Autoridades

Mgs. Carina Vance Mafía
Ministra de Salud Pública
Dr. Jorge Cueva
Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud
Dra. Marysol Ruilova Maldonado
Viceministra de Atención Integral en Salud
Dra. Sonia Díaz
Subsecretaria Nacional de Gobernanza de la Salud. Subrogante
Dra. María Fernanda Andrade
Subsecretaria Nacional de Provisión de Servicios de Salud
Arq. Alexander Lafebre
Subsecretario Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud
Dr. Roberto Ponce Pérez
Director Nacional de Calidad de los Servicios de Salud
Dr. Patricio Gaón Rodríguez
Director Nacional de Hospitales
Dr. Juan Andrés Chuchuca
Director Nacional de Primer Nivel de atención en Salud
Dra. Martha Gordón
Directora Nacional de Normatización



ÍNDICE DE CONTENIDOS

- I. **Presentación**
- II. **Introducción**
- III. **Antecedentes**
- IV. **Marco legal**
 1. **Objetivos**
 - 1.1. **Objetivo general**
 - 1.2. **Objetivos específicos:**
 2. **Alcance**
 3. **Definiciones y conceptos básicos.**
 4. **Abreviaturas**
 5. **Lineamientos generales**
 6. **Lineamientos específicos**
 7. **Glosario**
 8. **Referencias**
 9. **Anexos**
 10. **Apéndice**



I. Presentación

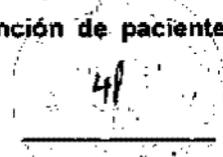
El mandato expresado en el artículo 360 de la Constitución de la República sobre la estructuración de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y la necesidad de que existan entre las unidades que la constituyen, vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad, determinó un cambio substancial en el relacionamiento de los diferentes actores del sector salud tanto públicos, como privados, cambio que debió ser organizado y normado de manera que los procesos derivados de este relacionamiento sean claros y efectivos, con el propósito de que los gestores de los mismos cuenten con instrumentos administrativos que estandaricen, regularicen y respalden las prácticas institucionales.

Con esta visión la Autoridad Sanitaria Nacional (MSP) convocó a las instituciones públicas que trabajan en salud (prestadores de servicios y financiadores) para construir consensuadamente instrumentos jurídicos y operativos con los que se gestiona la RPIS; como resultado de este proceso el 10 de abril de 2012 se firmó el primer Convenio Marco Interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública, 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, para integrar la Red Pública Integral de Salud (actualizado el 10 de abril de 2015) y se desarrollaron e implementaron el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, que fuera publicado en Registro Oficial 289 de 24 de mayo de 2012 (actualizado el 24 de mayo de 2014), y su Instructivo 001-2012 para la viabilidad de la atención en salud en unidades de la Red Pública Integral de Salud y en la Red Privada (Complementaria) de prestadores de servicios de salud, documentos técnicos que son la norma con la que se efectúa operativamente el Convenio Marco Interinstitucional, en la gestión diaria de las relaciones Interinstitucionales en la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria.

En este marco de trabajo conjunto liderado por el MSP, se ha elaborado una serie de normas y documentos técnicos adicionales que van integrando, de mejor manera, la funcionalidad y organización de la Red Pública Integral de Salud y del Sistema Nacional de Salud.

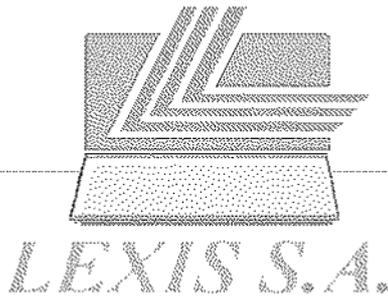
La implementación de normas complementarias y la experiencia de la operación de la RPIS/RPC entre 2012 y 2014 evidenció la necesidad de actualizar, complementar y categorizar el Instructivo 001-2012 para la viabilidad de la atención en salud en unidades de la Red Pública Integral de Salud y en la Red Privada (Complementaria) de prestadores de servicios de salud, con los aportes de las instituciones integrantes de la Red. Con estos antecedentes se ha reestructurado el mencionado instrumento, como una Norma Técnica que incluye un acápite de procedimientos operativos que facilitan la auditoría de la calidad de los servicios de salud en sus tres componentes: revisión documental administrativa, revisión y liquidación de cuentas y revisión de la pertinencia técnica médica. Esta es la Norma del proceso de relacionamiento para la atención de pacientes y

21



reconocimiento económico por prestación de servicios de salud entre instituciones de la Red Pública Integral De Salud y de la Red Privada Complementaria, que se presenta en su primera versión.

Carina Vance Mafla
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

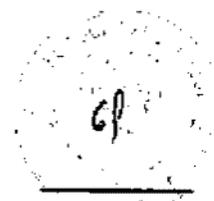


II. Introducción

La atención a la salud es un proceso dinámico que debe ser tratado con oportunidad, calidad y calidez, de manera que se ofrezca a los ciudadanos y ciudadanas los recursos técnicos, humanos y financieros para garantizar que esa atención sea integral, oportuna, científica, y equitativa.

Cumpliendo lo dispuesto en la Constitución y con la rectoría del Ministerio de Salud Pública, los delegados de las Instituciones integrantes de la Red Pública Integral de Salud, han considerado necesario unificar criterios en torno a procedimientos y requisitos para la atención de sus usuarios en las unidades de salud de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria, con la finalidad de garantizar un trámite administrativo ágil y eficiente que permita el acceso oportuno y equitativo de los usuarios a los diferentes servicios, sin importar a que subsistema pertenezcan y sin pago de ningún tipo en el lugar donde reciban la atención de salud.

Para tal fin se ha procedido a la revisión del Instructivo 001-2012 para la viabilidad de la atención en salud en unidades de la Red Pública Integral de Salud y en la Red Privada (Complementaria) de prestadores servicios de salud; se ha unificado definiciones técnicas con otros instrumentos desarrollados durante 2012 y 2014, aclarando los diversos procedimientos y documentos a presentar por prestadores de servicios, se incluyen los lineamientos técnicos para la auditoría de la calidad de los servicios de salud, en un esfuerzo para incentivar la estandarización de los criterios de la revisión documental administrativa, de liquidación de cuentas y de pertinencia técnica médica de tal forma que se facilite la atención de los usuarios y el intercambio documental para el reconocimiento económico, en busca de agilizar los procesos administrativos como un indicador de la calidad del trabajo del sector.



III. Antecedentes

La firma del Convenio Marco Interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública, 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 para integrar la Red Pública Integral de Salud (10 de abril de 2012 y actualización a 10 de abril de 2015) y la publicación en Registro Oficial del Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (24 de mayo de 2012 y actualización 24 de diciembre de 2014), así como la aplicación del mismo y del Instructivo 001-2012 para la viabilidad de la atención en salud en unidades de la Red Pública Integral de Salud y en la Red Privada (Complementaria) de prestadores servicios de salud, han permitido una efectiva derivación y atención de pacientes entre las instituciones de los diferentes subsistemas, con real beneficio de miles de usuarios que lograron satisfacer su necesidad de atención de salud con oportunidad y sin pago en el momento de recibir dicho servicio.

Este mecanismo en sí requiere documentos administrativos que respalden al paciente y al gestor del proceso de derivación y recepción del paciente, así como para el reconocimiento económico a quien presta un determinado servicio. Durante el periodo de gestión de la Red, se ha evidenciado rezagos de procesos institucionales que dificultan la estandarización de documentación y procedimientos, tan necesaria para garantizar la agilidad, transparencia y efectividad de la gestión. De la misma forma se ha visto que las instituciones interpretan de diferente manera algunas disposiciones señaladas en el Instructivo 001-2012, por lo que se ha procedido a organizar y aclarar la información de manera que se evite la discrecionalidad en la aplicación de una norma que es obligatoria en el Sistema Nacional de Salud; por tanto también se incluyen lineamientos para la auditoría de la calidad de los servicios de salud en los tres procesos que la constituyen: revisión documental administrativa, de liquidación de cuentas y de pertinencia médica, describiendo el proceso en sí y las particularidades de su operación.

El propósito final es unificar la práctica del relacionamiento interinstitucional de tal manera que tenga un respaldo suficiente y facilite los procedimientos administrativos que constituyen el proceso, mejore el tiempo de la auditoría de facturación y, sobre todo permita una ágil y oportuna atención del paciente.

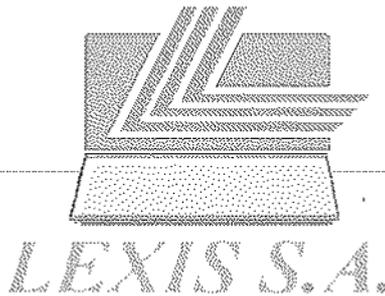


IV. Marco legal

1. Constitución de la República del Ecuador: artículos 3 (1), 9, 11 (3-4-5-8-9), 32, 50, 53, 54, 85, 227, 358, 359, 360, 361, 382, 363 (1, 2.), 365, 366, 368, 369, 370.
2. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud: artículos 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11.
3. Reglamento a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud: artículos 9, 13, 15, 18, 20.
4. Ley Orgánica de Salud: artículos 2, 4, 6, 9 (a, e), 130, 180, 181, 182, 185, 186, 187.
5. Ley Orgánica Reformatoria a la Ley Orgánica de Salud, Ley 67, para incluir el tratamiento de las enfermedades raras o huérfanas y catastróficas: Artículos: 1(5-A), 2, 4.
6. Ley de Derechos y Amparo al paciente: artículos 2, 3, 4, 5, 8, 9, 11.
7. Ley de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas: artículos 6, 19, 51, 52, 53, 56.
8. Reglamento del Seguro de Salud del ISSFA, para cubrir las Prestaciones de Enfermedad y Maternidad: artículos 3, 27, 28, 36, 37, 38, 53, 66.
9. Ley de la Seguridad Social: artículos 2, 3, 10, 102, 103, 104, 105, 107, 108, 110, 124, 125, 126, 127, 128, 130, 131, 132.
10. Ley de la Seguridad Social de la Policía Nacional: artículos 16, 19, 20, 21, 44, 45, 46.
11. Reglamento del Seguro de Enfermedad y Maternidad: artículos 3, 11, 14, 15, 16, 32, 33, 39.
12. Ley de Comercio Electrónico, Firmas Electrónicas y Mensajes de Datos. Ley 2002-87. Registro Oficial 557-S de 17 de abril de 2002.
13. Convenio Marco Interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública, 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 para integrar la Red Pública Integral de Salud renovado el 10 de abril de 2015.
14. Normas de Control Interno para las Entidades, Organismos del Sector Público y de las Personas Jurídicas de Derecho Privado que dispongan de Recursos Públicos. Acuerdo 039-Cg3. Contraloría General del Estado. Registro Oficial 87, lunes 14 de diciembre 2009.



15. Norma Técnica para la derivación y financiamiento de cobertura internacional para la atención integral de salud de usuarios con enfermedades catastróficas. Acuerdo Ministerial 00004194
16. Oficio Nro. 17729CJ de junio de 2014, mediante el cual la Contraloría General del Estado se pronuncia favorablemente sobre la aplicación de la técnica del muestreo en la revisión de pertinencia técnica médica.
17. Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud.



1. Objetivos

1.1. Objetivo general

Establecer, unificar y normar los procedimientos administrativos del relacionamiento interinstitucional, a fin de cumplir lo expresamente dispuesto en la normativa legal vigente sobre el tema, y facilitar el acceso universal, oportuno y equitativo de los usuarios a las prestaciones de salud que requieran por emergencia, referencia o derivación entre unidades de salud de la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria.

1.2. Objetivos específicos:

- a. Normar los procedimientos administrativos para la identificación y acceso de los usuarios a los servicios de salud de los subsistemas, en lo referente a las atenciones por emergencia, hospitalización, servicios ambulatorios, diálisis y servicio pre hospitalario.
- b. Establecer los criterios generales para asignación de prestadores, priorización y mecanismos para el reconocimiento económico por la prestación de servicios de salud.
- c. Definir los lineamientos operativos para la auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud.

LEXIS S.A.

2. Alcance

Esta Norma es de aplicación obligatoria en el territorio nacional en todos los establecimientos financiadores/aseguradores y prestadores de servicios de salud, tanto de la Red Pública Integral de Salud, cuanto de la Red Privada Complementaria; y, tendrá efecto sobre las prestaciones de salud que se realicen en los servicios de emergencia, hospitalización, ambulatorio, diálisis y pre hospitalario, ya sea por atenciones de emergencia o programadas.

3. Definiciones y conceptos básicos

Usuarios y cobertura

Se comprenderá como usuario la persona que pertenezca a:

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social:

Asegurados:

1. Los afiliados al Seguro General Obligatorio;

507



2. Los afiliados al Seguro Social Campesino y sus dependientes;
3. Menores de 18 años que sean hijos de afiliados;
4. Cónyuge o conviviente con derecho, con extensión de cobertura;
5. Jubilados: por vejez o por invalidez;
6. Menores de 18 años que sean hijos de jubilados, con extensión de cobertura;
7. Beneficiarios de Montepío por orfandad; y,
8. Beneficiarios de Montepío por viudez que aporten para la cobertura de salud.

Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas:

1. Los militares en servicio activo, servicio pasivo con pensión de retiro, por discapacidad e invalidez;
2. Los militares en servicio pasivo, pensionistas de retiro e invalidez, beneficiarios de las pensiones Militares administradas por la Ex – Caja Militar;
3. Los militares en servicio pasivo, pensionistas de retiro e invalidez, beneficiarios de las Pensiones del Estado, administradas por el Ministerio de Defensa Nacional;
4. Los pensionistas de montepío, beneficiarios de la Pensiones Militares administradas por Ex – Caja Militar y las Pensiones del Estado, administradas por el Ministerio de Defensa Nacional;
5. Los aspirantes a oficiales y tropa y los conscriptos en las condiciones establecidas en la ley;
6. Los Combatientes del 41 y sus viudas legalmente calificadas hasta 1993, en los términos de los Arts. 74 y 108 de la Ley del ISSFA.
7. El grupo de los Pensionistas del Estado enunciados en los literales 3 y 4 está constituido por los asegurados cotizantes que alcanzaron derecho a pensión de retiro, invalidez y montepío antes del 9 de marzo de 1959.
8. El cónyuge o persona que mantiene unión libre estable y monogámica con el militar;
9. Los hijos menores de edad del militar;
10. Los hijos solteros hasta los veinte y cinco años de edad, siempre que probaren anualmente hallarse estudiando en establecimientos reconocidos por el Estado y no mantengan relación laboral, ni renta propia;
11. Los hijos mayores de edad, incapacitados en forma total y permanente que no dispongan de renta propia; y,
12. Los padres del militar que dependan económicamente del mismo, para los efectos del seguro de enfermedad y maternidad, con una cobertura del 50%.

Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional:

1. El asegurado en servicio activo;
2. El asegurado en servicio pasivo;
3. El aspirante a Oficial y el aspirante a Policía; en caso de enfermedad profesional y accidente profesional,



Handwritten signature and date '2015'.

4. Cónyuge o persona que mantiene unión libre, estable y monogámica con el asegurado;
5. Los hijos menores de edad del asegurado en servicio activo o en servicio pasivo;
6. Los hijos mayores de edad del asegurado, incapacitados en forma total-permanente;
7. Padres que dependan del, asegurado; y,
8. Beneficiarios de montepío.

Ministerio de Salud Pública:

1. Los usuarios que no cuenten con afiliación registrada y/o derecho de cobertura en el Seguro General Obligatorio, Seguro Social Campesino, Seguridad Social de Fuerzas Armadas o Seguridad Social de la Policía Nacional.
2. Los pacientes que siendo afiliados activos no cumplen con los tiempos de aporte definidos en la Ley 2001-55 de Seguridad Social; se exceptúan los casos de emergencia.
3. El gasto razonable de prestaciones de salud, directamente relacionado con la atención del paciente, no cubierto por los planes de seguros privados o empresas de medicina prepagada, o personas que no cuentan con un seguro público. Se cubrirá de acuerdo con la norma vigente y el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud.
4. El gasto razonable de prestaciones de salud, directamente relacionado con la atención del paciente, no cubierto por los planes de los seguros contratados para cubrir enfermedad y accidente no laboral para aspirantes a oficiales, tropa y conscriptos de las FFAA y de aspirantes a oficiales y tropa de la Policía Nacional. Se cubrirá de acuerdo con la norma vigente y el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud.

SISTEMA PÚBLICO PARA PAGO DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO: ⁽¹⁹⁾

El SPPAT es el responsable del financiamiento de los gastos causados por las prestaciones de salud originadas por accidentes de tránsito, en los establecimientos de salud de la RPIS y de la RPC garantizando la protección por: fallecimiento, gastos funerarios, gastos médicos, discapacidad y movilización de víctimas.

El SPPAT o quien asuma sus competencias, conforme a la normativa legal vigente, garantiza las siguientes coberturas, con sus respectivos montos:

1. Gastos médicos por víctima y por evento
2. Gastos para traslado de heridos, entiéndase ambulancias, atención pre-hospitalaria, por persona y por evento.
3. Indemnización por discapacidad parcial y permanente, por persona y por evento.
4. Indemnización por muerte, por persona.
5. Reembolso por gastos funerarios, por persona.



Situaciones especiales de cobertura por los subsistemas

1. El valor de las atenciones a pacientes víctimas de accidentes de tránsito, que supere los montos dispuestos en el Sistema Público para Pago de Accidentes de Tránsito (SPPAT), será cubierto por los respectivos aseguradores privados y públicos y a falta de tal cobertura, por el Ministerio de Salud.
2. El gasto razonable de prestaciones de salud, directamente relacionado con la atención del paciente, no cubierto por los planes de los seguros contratados para seguros privados o empresas de medicina prepagada por enfermedad y accidente, serán asumidos por cada subsistema.

Referencia: procedimiento por el cual los prestadores de salud envían a los usuarios de un establecimiento de salud de menor a mayor complejidad o al mismo nivel de atención o de complejidad cuando la capacidad instalada no permite resolver el problema de salud.

La referencia se realiza entre establecimientos de salud de una misma entidad del sistema utilizando el formulario 053.²¹

Documento de Identidad: se considera para efectos del proceso a la Cédula de Ciudadanía, Cédula de Identidad, Pasaporte, Partida de Nacimiento, Certificado de Nacido Vivo, Tarjeta Índice o la Consulta en la página Web del Registro Civil.

Derivación : procedimiento por el cual los prestadores de salud envían a los usuarios de cualquier nivel de atención a un prestador externo público (Red Pública Integral de Salud) o privado (Complementario) del mismo o mayor nivel de atención/complejidad, cuando la capacidad instalada del establecimiento o de la entidad a la que pertenece no permite resolver el problema de salud, por lo que se la envía, buscando la complementariedad de los servicios previa la autorización correspondiente.⁽²¹⁾

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

Capacidad resolutive: nivel de respuesta que tiene un establecimiento de salud a la demanda de atención a la o solución inmediata a cuadros complejos de salud de una persona o grupo de personas, con acciones integrales, inmediatas y oportunas haciendo uso de los recursos físicos y humanos debidamente calificados, quienes harán diagnóstico y tratamiento oportuno. La capacidad resolutive se expresa en la cartera de servicios del establecimiento.⁽²¹⁾

Prestadores de salud: aquellos profesionales o establecimientos autorizados y debidamente calificados por la Red Pública Integral de Salud de Salud para prestar servicios de salud.



Muestreo: proceso para determinar o extraer una muestra estadísticamente representativa de un universo, permite extrapolar sus propiedades al universo, con un grado de confiabilidad determinada y ajustada a criterios específicos. El objetivo de dicha muestra es inferir conclusiones a todo el universo en función de los hallazgos de la misma

Emergencia: alteración de la integralidad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requieren de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras. ⁽²¹⁾

Urgencia: todo estado patológico de rápida instauración o por accidente fortuito que no pone en riesgo inmediato la vida del paciente, pero que genera la necesidad imperiosa de recibir o brindar atención de salud.

Tratamiento integral: 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, auxiliares de diagnóstico y tratamiento, hospitalización¹, provisión de medicamentos, dispositivos médicos, suministros e insumos, incluso los de uso domiciliario.

LEXIS S.A.

¹ Hospitalización clínica, quirúrgica, cuidados críticos y cuidados paliativos.



4. Abreviaturas

ASN: Autoridad Sanitaria Nacional

DNS: Dirección Nacional de Salud Policía Nacional

DSGSIF: Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar.

DSS: Dirección de Seguro de Salud del ISSFA

FFAA: Fuerzas Armadas

FONSAT: Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito

IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

ISSFA: Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas

ISSPOL: Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional

MAIS: Modelo de Atención Integral de Salud

MSP: Ministerio de Salud Pública

RPC: Red Privada Complementaria

RPIS: Red Pública Integral de Salud

RUC: Registro Único de Contribuyentes

RUP: Registro Único de Proveedores

SSC: Seguro Social Campesino.

SGSIF: Seguro General de Salud Individual y Familiar.

SPPAT: Sistema Público para Pago de Accidentes de Tránsito.

SRI: Servicio de Rentas Internas.

5. Lineamientos generales

A. Oportunidad de la atención

- a. Con la finalidad de garantizar la oportunidad de la atención y la disponibilidad de los mejores recursos para el tratamiento integral de los pacientes, la referencia y derivación se realizará por situaciones de:
1. Accesibilidad geográfica;
 2. Falta de espacio físico;
 3. Falta de equipamiento;
 4. Problemas de infraestructura;
 5. Problemas de abastecimiento;
 6. Insuficiencia de profesionales en los establecimientos de la red de su pertenencia o
 7. Inadecuada capacidad resolutive.
- b. Los procedimientos administrativos no podrán ser utilizados para dificultar, demorar o evitar la atención de los pacientes.
- c. La falta o envío de documentación incompleta en la derivación, no será jamás causa de demora para la atención o rechazo del paciente. Una vez ingresado, el prestador de salud requerirá a la entidad que referencia o deriva, los documentos correspondientes.
- d. Los prestadores de servicios de salud de la RPIS brindarán atención integral obligatoria a todos los ciudadanos en territorio ecuatoriano; además, con la finalidad de contribuir con la estrategia nacional para reducir la muerte materna, se brindará atención preferente a las mujeres gestantes que concurren a control de embarazo o atención de parto, independiente de la derechohabencia.
- e. Con la finalidad de apoyar activamente a la estrategia nacional para reducir la muerte materna, los financiadores/aseguradores de la RPIS facilitarán los procesos administrativos para que las mujeres gestantes reciban oportunamente la atención integral que requieran por control de embarazo o atención de parto en los prestadores de la RPIS y cuando sea necesario en la RPC.
- f. La decisión de referir o derivar un paciente de una unidad de salud a otra 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.

- g. Con la finalidad de garantizar una atención integral y oportuna al paciente, en caso de que se requiera otorgar una prestación de salud indispensable para el adecuado manejo del caso, no autorizada inicialmente por la entidad que refiere o deriva, la unidad de salud receptora procederá a dar la atención necesaria para salvaguardar la vida e integridad del paciente; sin necesidad de esperar la recepción del código de validación. Posteriormente, se enviará a la entidad financiadora un informe técnico para regularizar la prestación de salud otorgada.
- h. Considerando que la atención en salud debe ser oportuna e integral, las unidades prestadoras de servicios de salud brindarán el cuidado al paciente de la patología por la que fue derivado, así como de las patologías concurrentes, crónicas o que aparecieran mientras se encuentra ingresado en esa casa de salud. Posteriormente, se enviará a la entidad financiadora un informe técnico para regularizar la prestación de salud otorgada.
- i. La Unidad prestadora de servicios de salud brindará transporte terrestre para el paciente, exclusivamente por indicación médica (se incluye transporte al domicilio cuando la condición del paciente lo requiera). En caso de transporte aéreo o acuático deberá gestionarse a través de la cabina de Gestión de Red del Sistema Integrado de Seguridad ECU 911 o de la entidad que asuma sus funciones.
- j. La RPIS en casos de niños menores de doce años y personas con discapacidades severas o condiciones incapacitantes, dará cobertura a un sólo acompañante, de la siguiente forma:
- k. Cama de acompañante en la unidad de salud donde se encuentre ingresado el paciente. (Excepto cuando se encuentre ingresado en salas especiales como UCI, UCIN, Unidad de Quemados, Aislamiento).
- l. Dieta de acompañante provista por la unidad de salud (no en restaurante) donde se encuentra ingresado el paciente. (Excepto cuando se encuentre ingresado en salas especiales como UCI, UCIN, Unidad de Quemados, Aislamiento).
- m. En caso de transporte aéreo, incluye el traslado de un acompañante, siempre que las condiciones de la aeronave lo permitan.
- n. En caso que una entidad compruebe que un prestador de servicios de salud, contando con oferta disponible, negó cama para el ingreso de un paciente o el otorgamiento de una prestación de salud, urgente o no, obligatoriamente deberá reportar de la novedad a la Autoridad Sanitaria, para la aplicación de lo dispuesto en ley.

B. Aplicación de la Norma

- 1. Esta Norma se aplicará en el territorio nacional; en caso de ser necesarias atenciones fuera del país, se aplicará la normativa que para esta materia ha emitido la Autoridad Sanitaria.



2. Para proceder a una derivación de pacientes, las unidades que derivan buscarán primero utilizar los servicios de la red pública y al no encontrar recursos en la Red Pública Integral de Servicios de Salud (RPIS), procederán a derivar pacientes a la Red Privada Complementaria RPC. Se deberá documentar y registrar lo actuado en el correspondiente formulario y/o sistema.
3. La derivación considerará criterios de oportunidad, accesibilidad, georeferencia y capacidad resolutive; procurando que se ofrezca al paciente el tratamiento integral adecuado a sus necesidades en salud.
4. La puerta de entrada preferente será el primer nivel de atención, cada subsistema tendrá la obligación de ordenario de acuerdo con las normas nacionales; en los territorios donde no exista la capacidad operativa propia se realizarán las coordinaciones necesarias con los miembros de la red, para garantizar el acceso. Este procedimiento se aplicará progresivamente, conforme se vayan organizando los subsistemas y formalizando los mecanismos de territorialización, adscripción y georeferenciación.
5. La activación de la Red para la referencia o derivación de un paciente se realizará según lo señalado en los Lineamientos Operativos del MAIS y la RPIS; y progresivamente se implementará el sistema de derivación gestionado desde el SIS-ECU, con la participación de todos los subsistemas.

LEXIS S.A.

C. Garantía de la gratuidad de la atención y de la confidencialidad de la información de salud

1. Los prestadores de servicios de salud brindarán atención sin requerir pago directo, 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 aún a nombre de contribución voluntaria.
2. Los prestadores no podrán solicitar a los usuarios de la RPIS, que realicen adquisiciones directas o por terceros de dispositivos médicos, insumos, suministros, medicamentos o que paguen por servicio alguno brindado. Esto incluye los diferentes productos sanguíneos.
3. El paciente y su familia deberán recibir información suficiente de la referencia, transferencia o derivación necesaria para su atención de salud.
4. De acuerdo con la norma vigente en salud para el país, la historia clínica es un documento técnico privado, propiedad del usuario, custodiado por el prestador de salud y no puede ser

requerido sin su consentimiento escrito; los fines de su utilización también serán autorizados por el usuario.

D. Garantía de la calidad

1. Las unidades prestadoras de servicios para recibir pacientes derivados o referidos, deberán estar licenciadas por el Ministerio de Salud Pública y calificadas según la normativa vigente.
2. Las Instituciones derivadoras y las financiadoras podrán realizar visitas de control técnico médico, como mecanismo de garantía de la calidad de la atención que los prestadores brindan a los pacientes. Estas visitas pueden ser o no comunicadas a los prestadores.
3. Con la finalidad de estimular el mejoramiento continuo de los servicios de salud, se difundirá y recomendará a los establecimientos de la RPIS y de la RPC implementar la Metodología para el Incentivo a la Calidad, Instructivo anexo a la presente Norma.

E. Excepciones de cobertura de la Red Pública Integral de Salud:

1. Cirugía plástica con fines exclusivamente cosméticos y estéticos,
2. Chequeos clínicos ejecutivos; la RPIS cubre los reconocimientos médicos preventivos por ciclo de vida, sexo, edad y riesgo laboral establecidos por la Autoridad Sanitaria y/o los programas de la Seguridad Social,
3. Tratamiento especializado de infertilidad,
4. Tratamientos de adelgazamiento sin indicación médica,
5. Tratamientos experimentales o sin evidencia científica.
6. Tratamientos de ortodoncia que tengan únicamente fines estéticos,
7. Habitación individual sin indicación médica,
8. Gastos de acompañante no contemplados en disposiciones específicas.
9. Insumos de entretenimiento: revistas, películas, periódicos, servicio pagado de televisión y similares, servicios de comunicación fax, teléfono, correo, celular, internet y similares.

F. Reconocimiento económico

1. La facturación y todo procedimiento para el reconocimiento económico se realizará aplicando el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud vigente

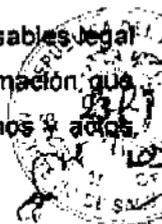


2. El pago de los gastos originados por la atención de salud que se brinde a los usuarios señalados en esta Norma, se realizará luego del respectivo procedimiento: recepción y revisión documental, control técnico médico, y control de liquidación y tarifas, denominado "Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud".
3. Para la realización del control técnico médico, se aplicará la metodología de muestreo, conforme la norma emitida por la Autoridad Sanitaria para tal fin.
4. Las unidades de gestión de red de las instituciones financiadoras aplicarán para la revisión de cuentas la Norma de la Auditoría de la Calidad de los Servicios de Salud consensuada por la RPIS y emitido por la Autoridad Sanitaria. Mientras se completa el proceso de desarrollo e implementación de esta norma técnica, los subsistemas utilizarán lo señalado en el Instructivo para la aplicación de los lineamientos del proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud, anexo a la presente Norma.
5. Las tarifas planilladas por los prestadores no podrán ser superiores a las del Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud.
6. El procedimiento administrativo no podrá ser utilizado para dificultar, demorar o evitar el reconocimiento económico de una Institución para con otra.
7. Toda información sobre pagos, observaciones, objeciones, débitos, etc. será remitida por escrito.
8. Se establecerá progresivamente el mecanismo de conciliación de cuentas entre entidades públicas de la RPIS.
9. Se establece la obligación de aplicar la coordinación de beneficios entre los seguros públicos, con el MSP y con los seguros privados; para tal fin se elaborará el respectivo instrumento y mientras se completa su desarrollo los prestadores de servicios de salud requerirán a todos los pacientes que ingresen a sus servicios informen si poseen o no un seguro de salud privado para aplicar necesariamente la prelación de pagos conforme señala esta norma.

G. Responsabilidades

1. Todo documento técnico que se envíe para una referencia o derivación deberá ser validado por el médico tratante y por el Director Médico o su delegado; lo solicitado deberá guardar concordancia con las guías nacionales y, a su falta por las guías de práctica clínica de la Institución. De ser necesario para facilitar el acceso a la información del paciente, se enviará

- una copia de lo pertinente de la historia clínica y otra información técnica que apoye la realización del procedimiento y su interpretación.
2. Las Instituciones de la Seguridad Social (IESS, ISSFA, ISSPOL) son responsables de mantener habilitados y operativos, los canales informáticos del caso para la identificación del derecho al seguro de salud de cada institución, así como garantizar la validez de la información proporcionada por los mencionados canales.
 3. Con la finalidad de facilitar los procedimientos para la recepción de los pacientes, cada Institución de la RPIS deberá conformar las unidades o equipos de gestión de la Red, responsables del procedimiento, quienes deberán conocer sobre los beneficiarios, cobertura, excepciones y documentos habilitantes del proceso.
 4. Los responsables deben tener acceso a los medios que les permitan comunicarse con sus similares de las otras Instituciones, de manera que puedan resolver dificultades relacionadas con este proceso administrativo.
 5. Los responsables de los prestadores de servicios deberán conocer la oferta disponible de la unidad de salud a la que pertenecen para informar adecuadamente a quienes demanden servicios, evitando que pacientes sean trasladados sin la debida confirmación de la disponibilidad.
 6. Los responsables del relacionamiento interinstitucional (referencia, transferencia o derivación de pacientes) serán, obligatoriamente, profesionales médicos o de enfermería.
 7. Los establecimientos de salud de la RPIS así como los de la RPC que mantienen relación con la RPIS, tienen la obligación de mantener actualizada la cartera de servicios.
 8. Los prestadores que derivan atenciones o reciban pacientes en emergencia son responsables de obtener las copias de todos los documentos de identificación personal o técnicos (formularios de la historia clínica) para su inclusión en los respectivos trámites administrativos. Bajo ninguna circunstancia se pedirá al paciente o sus familiares realicen trámite administrativo alguno.
 9. Los prestadores que brindan los servicios son responsables de obtener la identificación de derecho y cobertura de los pacientes (verificación en línea), en ningún caso requerirán que el paciente o sus familiares realicen a título personal el trámite.
 10. Los funcionarios de las instituciones que refieren o derivan pacientes son responsables legal y administrativamente de la veracidad, confidencialidad e integridad de la información que proveen para el proceso y deberá corresponder a la real situación de los hechos y actos.



- médicos y administrativos realizados en la atención de salud. Quien incumpla con esta disposición se sujetará a lo que la ley dispone en lo pertinente.
11. Los funcionarios de las instituciones que reciben y atienden pacientes son responsables legal y administrativamente de la veracidad, confidencialidad e integridad de la información que proveen para el proceso y deberá corresponder a la real situación de los hechos y actos médicos y administrativos realizados en la atención de salud. Quien incumpla con esta disposición se sujetará a lo que la ley dispone en lo pertinente.
 12. Los potenciales usuarios de los servicios de salud deberán estar debidamente registrados en la Institución financiadora/aseguradora a la que pertenecen, que se obliga al pago de las atenciones de salud del usuario.
 13. Para facilitar los procesos de reconocimiento económico dentro de las Instituciones que conforman la red, es obligación de los financiadores mantener las bases de datos debidamente actualizadas, y ~~responsabilidad de las unidades de salud~~ contar con herramientas informáticas necesarias para acceder a esta información.
 14. Será obligación de los prestadores de servicios proveer los medios (dispositivos médicos, medicamentos, insumos, suministros, tecnología), recursos humanos y administrativos suficientes y de calidad para garantizar una adecuada atención de salud.
 15. Es responsabilidad del prestador de servicios de salud implementar los controles necesarios y suficientes que eviten la duplicación de planillas, si los procesos de control del financiador detectan esta situación, se aplicará lo dispuesto en la norma legal vigente.
 16. En el caso de que el cónyuge o conviviente del asegurado militar o policía sea afiliado/a de la seguridad social general (IESS) el costo de la atención de salud que reciba será responsabilidad del IESS (Institución en la que es titular) y no del ISSFA o del ISSPOL, Institución en la que es dependiente. Para esa situación las instituciones de seguridad social desarrollarán mecanismos de coordinación que les permita atender a los usuarios en las unidades de los subsistemas independientemente de su afiliación, de manera que no sea necesario una orden de derivación para que el paciente sea atendido, facilitando la descongestión de las unidades de salud y evitando la duplicación de servicios.

6. Lineamientos específicos

A. Procedimiento y documentos para referir o derivar pacientes para atenciones programadas en hospitalización:

La referencia o derivación de pacientes para casos de hospitalización se efectuará utilizando el formulario 053, Referencia y Contra referencia, dispuesto por la Autoridad Sanitaria; el formulario deberá estar validado por el médico responsable de la atención y por el Director de la unidad de salud o su delegado. Los documentos requeridos para la atención son:

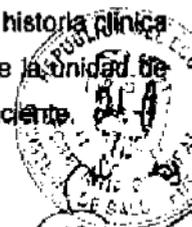
1. Formulario 053 que estará debidamente llenado con letra clara, legible, sin utilización de siglas o contracciones y con la firma y sello del profesional médico responsable del caso. La correcta elaboración de este documento es responsabilidad del médico que atiende al paciente y del Director del establecimiento de Salud o su delegado.
2. Copia del documento de identificación del paciente.
3. Copia del Formulario 006 Epicrisis en la que conste firma y sello del médico responsable de la atención y del responsable del servicio. El contenido mínimo debe ser: datos generales del paciente, número de la historia clínica, diagnóstico codificado según la CIE-10, tratamiento dado al paciente, los procedimientos realizados al paciente, así como detalle de los más importantes resultados de laboratorio e imagen de existir.

La correcta elaboración de este documento es responsabilidad del médico que atiende al paciente y del Director del establecimiento de Salud o su delegado. Los formularios constan en los anexos de la presente norma.

B. Procedimiento operativo para la referencia o derivación de pacientes para realización de exámenes o procedimientos ambulatorios programados:

- Para la derivación en caso de exámenes ambulatorios, se utilizará el formulario específico de la historia clínica del servicio requerido, debidamente validado por el médico responsable de la atención y el Director del establecimiento o su delegado.

Cuando se trate de muestras y/o resultados de exámenes especiales para lectura e interpretación, individuales o múltiples (por ejemplo pruebas de tamizaje, placas de citología, muestras de biopsia, electrocardiogramas u otros) será suficiente enviar un oficio que indique la necesidad del servicio y adjunte el listado de los pacientes con el número de historia clínica como respaldo de que las muestras o resultados corresponden a pacientes de la unidad de salud derivadora. No se requiere el envío de pedido o un formulario por cada paciente.



1. Formulario 010 pedido de laboratorio clínico.
 2. Formulario 012 pedido de imagenología.
 3. Oficio solicitud del servicio para lectura o interpretación de muestras, biopsias o resultados y listado de pacientes, para los casos señalados en el literal c de derivación de procedimientos ambulatorios. (Anexo)
- Para la derivación en caso *procedimientos ambulatorios*, se utilizará el formulario específico de la historia clínica del servicio requerido, debidamente validado por el médico responsable de la atención y el Director del establecimiento o su delegado. Los documentos requeridos para la atención son:
 1. Formulario 053 si el paciente es derivado para la realización de un procedimiento ambulatorio de intervencionismo, por ejemplo cateterismo, litotripsia, drenaje o punción dirigida por ecografía o tomografía computarizada, colocación de catéteres, de stents u otros.
 2. Formulario 053 si el paciente es derivado para una interconsulta.
 3. Formulario 007 si el paciente es derivado para la realización de un procedimiento diagnóstico especial, por ejemplo endoscopia, electrocardiograma, electroencefalograma.

La correcta elaboración de los formularios señalados es responsabilidad del médico que atiende al paciente y del Director del establecimiento de Salud. Los formularios constan en los anexos de la presente norma.

C. Procedimiento operativo para atenciones por emergencia:

Los prestadores de servicios de salud (RPIS y RPC) brindarán atención inmediata a todos los pacientes que concurren en situación de emergencia, sin que para ello medie la presentación de documento o trámite administrativo alguno, anteponiendo la necesidad médica y el beneficio del paciente a cualquier procedimiento administrativo.

Dentro de las 24 horas laborables posteriores a la recepción del paciente, los prestadores deberán solicitar que el paciente o su acompañante expresen si cuentan con un seguro privado de salud y la pertenencia a un determinado subsistema de la seguridad social; informarán de manera obligatoria en el término de tres días laborables del ingreso a la entidad financiadora responsable del paciente (Seguro privado, IESS, ISSFA, ISSPOL, MSP), de tal forma que pueda cumplirse el proceso de validación del derecho y cobertura y de prelación de pagos.

Para los casos de emergencia no derivados se autorizará la cobertura para pacientes en condiciones que se ajusten a los criterios de los niveles 1 y 2 del triaje dispuesto por la Autoridad Sanitaria, según Anexo.

La notificación por parte del prestador al subsistema correspondiente y emisión de la autorización por parte de la institución financiadora no será nunca un factor que retrase o impida el inicio de tratamientos o procedimientos requeridos por la condición del paciente, siendo cualquier retraso injustificado, o generado por causas administrativas responsabilidad del prestador y será tratado conforme señala la respectiva ley.

Es responsabilidad técnica, legal y administrativa del prestador de servicios de salud realizar el triaje de las emergencias que recibe, atender al paciente conforme su necesidad y, de ser el caso, requerir la autorización de atención.

Las instituciones aseguradoras/financiadoras responsables de los pacientes que acudan por emergencia a una unidad de salud diferente a la de su subsistema público, inmediatamente de recibida la notificación enviarán la autorización correspondiente que garantice la aceptación de pago de las atenciones recibidas por el paciente. Este proceso no debe demorar la atención ya que la pertinencia se deberá evaluar en el proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud; no es competencia del equipo de relacionamiento definir la emergencia.

Los prestadores, en caso que el paciente llegue transportado por una ambulancia, solicitarán al responsable del transporte la hoja de atención prehospitalaria Anexo 002, o su equivalente. La falta de este documento no impedirá o demorará la atención al paciente. A los pacientes que no lleguen transportados por la ambulancia no se les requerirá documento alguno.

En los casos en que el paciente haya ingresado al servicio de emergencia sin identificación (NN) y por su condición no se pueda determinar a qué subsistema pertenece, el prestador lo identificará como usuario del MSP que deberá autorizar su atención. Al momento que sea posible identificar su pertenencia a otro subsistema, se informará a dicho subsistema de la situación del paciente y considerará como válida la autorización dada por el MSP para la atención. El financiador considerará como válido el código emitido por el MSP y será responsable del costo de la atención desde el momento de producida la emergencia hasta su alta, esto incluye atención prehospitalaria. En caso de que posterior a la atención, no sea posible determinar la identificación del paciente, la prestación será cubierta por el MSP.

La Institución financiadora/aseguradora del paciente enviará el código de validación en un plazo máximo de 3 días laborables de recibir la notificación, ya sea por fax, correo electrónico o a través de un sistema informático. El retraso o falta de este documento no será causa de demora, falta de atención u objeción de pago al prestador.



No se exigirá documento alguno como requisito para recibir atención a los pacientes que concurren por emergencia.

D. Procedimiento operativo para la referencia o derivación de pacientes al servicio de diálisis:

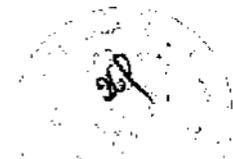
1. El requerimiento de diálisis deberá presentarse utilizando el formulario 053 (referencia /contrareferencia).
2. Copia del documento de identificación del paciente.
3. Formulario 006 de epícrisis donde se incluirá: datos completos de filiación (inclúyase dirección y número telefónico de contacto), antecedentes, resumen del cuadro clínico, diagnósticos, exámenes confirmatorios, estado y pronóstico del usuario, procedimientos y terapéutica sugerida; este formulario deberá tener nombre, firma y sello del médico especialista solicitante; el profesional decidirá, en conjunto con el usuario, cual procedimiento terapéutico será el recomendado para su caso, es decir hemodiálisis o diálisis peritoneal el cual debe explicitarse en el requerimiento.
4. Copia de resultados de laboratorio e imagen.

E. Procedimiento para la admisión del usuario en el prestador de servicios de salud receptor:

1. Se dará inmediato ingreso al servicio requerido por la unidad que refiere o deriva y se evidenciará que el paciente haya sido enviado con los documentos requeridos para la atención. Si falta algún documento o no está bien elaborado se solicitará a inmediatez a la unidad derivadora el completamiento de lo necesario. En ningún caso se retrasará la atención, ni se pedirá al paciente o familiares realizar la gestión para completar la documentación.
2. Se verificará la relación de dependencia del paciente y se ubicará la cuenta según la Institución a la que pertenezca.
3. Se informará a la unidad derivadora sobre la admisión, señalando la cama en la que está ubicado y de ser posible el médico tratante asignado al paciente; para este proceso se utilizará el correo electrónico, el servicio telefónico o de fax.

F. Transplantes

La RPIS en caso de trasplantes considerará la cobertura de los gastos generados por:



1. La procuración de órganos, según lo establecido en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, incluyendo el 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 y el donante.
5. Gastos de trasplante en el exterior, según lo dispuesto en la Norma Técnica aprobada por la Autoridad Sanitaria.
6. 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.
7. El Instituto Nacional de Donación y Órganos y Tejidos (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.

G. Primer nivel

El mecanismo de pago, así como el proceso para la adscripción, territorialización y georreferenciación de los usuarios a las unidades de salud de la RPIS se definirán en documento específico trabajado en consenso por los miembros de la RPIS y aprobado por la Autoridad Sanitaria.

Mientras se definen estos instrumentos, es obligación de las unidades de salud de I Nivel de todos los subsistemas, atender a los usuarios que concurren a sus dependencias por agendamiento, referencia, contrareferencia, derivación o demanda espontánea y registrar las atenciones dadas para posterior cruce de cuentas, sin importar a que subsistema pertenece el usuario. Las atenciones brindadas deberán ser planilladas y registradas para un posterior cruce de cuentas.

H. Procedimiento para el reconocimiento económico

Procedimiento general

1. El pago de los gastos originados por la atención de salud que se brinde a los usuarios, se realizará luego de la Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud.



2. La documentación para el pago de las prestaciones, se enviará a las Instituciones responsables de los usuarios (SPPAT/FONSAT, seguros privados y empresas de medicina prepagada, IESS, ISSFA, ISSPOL, MSP) dentro de los diez (10) primeros días laborables del siguiente mes de realizadas las atenciones.

La información será enviada por los prestadores a las Instituciones financiadoras/aseguradoras responsables de los pacientes:

MSP: al equipo de gestión de la red de Zona según detalle:

Zona 9 Prestadores de: Pichincha, Napo, Orellana.

Zona 8 Prestadores de: Guayas, Santa Elena, Los Ríos, Galápagos, Bolívar

Zona 7 Prestadores de: Loja, Zamora, El Oro.

Zona 6 Prestadores de: Azuay, Cañar, Morona Santiago.

Zona 4 Prestadores de: Manabí, Santo Domingo de los Tsáchilas.

Zona 3 Prestadores de: Cotopaxí, Tungurahua, Chimborazo, Pastaza.

Zona 1 Prestadores de: Imbabura, Carchi, Sucumbíos, Esmeraldas.

IESS: a la Jefatura y Subdirección del Seguro de Salud de la Zona donde se ubica el prestador.

ISSFA: a la Dirección del Seguro de Salud en Quito y en Guayaquil.

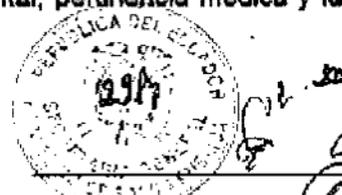
ISSPOL: a la Dirección Nacional de Salud de la Policía en Quito.

3. En caso de Accidentes de Tránsito, cuando el prestador envíe el expediente para cobro a las distintas instituciones, deberá incluirse de manera obligatoria la planilla enviada para cobro al SPPAT.
4. El pago a los prestadores de salud, se realizará contra presentación de las planillas individuales de los gastos correspondientes.
5. Las planillas individuales se consolidarán en una factura global mensual por servicio, es decir una por atenciones de hospitalización o internamiento, una por atenciones en emergencia y una por las atenciones de Servicio Ambulatorio.
6. Se procederá de igual manera con los prestadores de diálisis (hemodiálisis y / o diálisis peritoneal) que enviarán una factura por mes por servicio agrupando a todos los pacientes que hayan recibido servicios en ese período.

7. La orden de pago se efectuará en el término de cuarenta y cinco (45) días calendario posterior a la entrega de la documentación completa para el proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud. La emisión de orden de pago estará sujeta a la disponibilidad presupuestaria del financiador.
8. Para la efectivización del pago será necesaria la presentación de la factura por el valor aprobado. Para evitar anulación de facturas por débitos justificados o no, la unidad prestadora emitirá factura por el valor aceptado por la Institución responsable de los pacientes una vez realizado el proceso de Auditoría de la Calidad de la Facturación.
9. La factura deberá cumplir las disposiciones del Servicio de Rentas Internas (SRI).
10. En los casos de pacientes con patologías crónicas, tales como las condiciones psiquiátricas, con episodios prolongados de internamiento que duren más de treinta días, la presentación de la planilla podrá ser con corte mensual, es decir, dentro de los diez (10) primeros días laborables del mes siguiente de la atención, para facilitar los mecanismos de control de las dos partes.
11. De ser conveniente para las Instituciones, por razones administrativas y de mutuo acuerdo, se podrá aceptar para el pago planillas que correspondan a atenciones subsecuentes pero de diferente tipo de atención y en diferentes tiempos, que corresponden a una misma patología y al mismo paciente, tal el caso de atenciones especializadas de oncología que incluyan diagnóstico, tratamiento quirúrgico, quimioterapéutico y radioterapéutico.
12. La Institución (MSP, IESS, ISSFA, ISSPOL, SPPAT, seguros privados y empresas de medicina prepagada) que financia el pago de las atenciones de salud, comunicará por escrito, al prestador de servicios de salud, del pago realizado y anexará un detalle de la liquidación de las planillas aceptadas y detalle de planillas objetadas.
13. Se efectuará el pago únicamente de los valores reconocidos por Auditoría de la Calidad de la facturación de los servicios de salud, para tal fin se procederá conforme lo señalado en el respectivo Instructivo anexo a la presente norma.

Levantamiento de objeciones

1. Una vez que se haya realizado la auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud y como producto existan expedientes con objeciones, se dará a conocer al prestador de servicios de salud el respectivo reporte de revisión documental, pertinencia médica y la liquidación financiera que detalla las razones de lo objetado.



2. El prestador de servicios de salud deberá retirar la documentación con objeción total y tiene hasta 30 días calendario para levantar las objeciones y enviar la documentación de sustento a la institución financiadora que revisará lo justificado y pagará tales atenciones, de ser procedente, en el término de cuarenta y cinco (45) días calendario de haber recibido completa la documentación de respaldo. La emisión de orden de pago estará sujeta a la disponibilidad presupuestaria del financiador.
3. Pasado este tiempo, 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 tiempo para este proceso, treinta días calendario, corre desde la notificación de objeciones al prestador.
4. 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.
5. Una vez que se finalice la auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud, se procederá al pago del valor aprobado. No será necesario, para efectuar dicho pago, contar con los justificativos del levantamiento de objeciones que ingresará como un nuevo trámite que generará otro pago, de ser pertinente.
6. En casos excepcionales, (calamidad institucional, robo, desastre natural) debidamente comprobable documentalmente, se podrá recibir trámites que no correspondan al mes inmediatamente anterior; bajo ninguna circunstancia se recibirán expedientes que correspondan a trámites ya presentados, es decir no se recibirá trámites de un mismo mes en dos tiempos distintos (alcances).
7. 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 respectiva norma señale.
8. El plazo máximo para solicitar el pago por las prestaciones de salud brindadas fenecerá en un año calendario, a partir de la prestación del servicio y previo Informe de justificación del atraso del reclamo, presentado por el prestador.



Por atenciones de hospitalización

1. Oficio de solicitud de pago (ver anexos), que identifique el mes y el servicio al que corresponde la prestación del servicio; se enviará un oficio por cada mes y por cada servicio, como ejemplo mes: febrero; servicio: hospitalización.
2. Planilla consolidada del respectivo mes.
3. La planilla individual original detallada en físico y digital con los valores originados y registrados diariamente por la atención de salud prestada al usuario. Incluirá el código de validación entregado por el financiador.
4. Copia del documento de identificación.
5. Copia del código de validación.
6. Registro impreso de la consulta en línea (web institucional) del beneficio al derecho del seguro de salud del paciente en los subsistemas de seguridad pública, realizado a la fecha de atención del paciente, la impresión de este registro es de responsabilidad del prestador de servicios. En caso de menores de edad se deberá realizar la verificación de ambos padres, si por razones de fuerza mayor se desconoce el número de documento de identidad de uno de los padres se procederá conforme a la verificación del padre que tuviere el documento al momento de la atención.
7. Original del Acta de entrega recepción de servicios a conformidad (ver anexos), o planilla, validada por el paciente o su representante, como evidencia de la atención recibida, así como la calidad y gratuidad de la misma.
8. Copia del Formulario 053 (ver anexos) en caso de referencia/contra referencia o derivación.
9. Copia de la Formulario 006, Epicrisis (ver anexos), firmada por el médico tratante y el responsable del servicio. El contenido mínimo debe ser: datos generales del paciente, número de la historia clínica, diagnóstico codificado según la CIE-10, plan de tratamiento, los procedimientos realizados al paciente, así como detalle de los más importantes resultados de laboratorio e imagen de existir, así como, el plan de tratamiento previsto post-egreso.
10. Copia del formulario 006, Emergencia (ver anexos), si el paciente fue atendido por emergencia, en el que conste firma y sello del responsable del servicio.



11. Copia del Anexo 02 Atención Prehospitalaria, (ver anexos) en el caso de que la planilla incluya servicios pre hospitalarios.
12. Copia de la bitácora diaria para hospitalización en Terapia Intensiva.
13. En casos de cirugías, copia protocolo operatorio y de protocolo anestésico con firma y sello del médico responsable.
14. Factura original, una por cada servicio y mes que se enviará una vez que la unidad de salud haya sido informada del valor aprobado por control técnico médico y financiero.

Para atenciones ambulatorias

1. Oficio de solicitud de pago (ver anexos), que identifique el mes y el servicio al que corresponden la factura y las planillas; se enviará un oficio por cada mes y por cada servicio, como ejemplo: mes: febrero, servicio: Servicio Ambulatorio.
2. Planilla consolidada del respectivo mes.
3. La planilla individual original detallada en físico y digital con los valores originados y registrados diariamente por la atención de salud prestada al usuario. Incluirá el código de validación entregado por el financiador.
4. Copia del documento de identificación.
5. Copia del código de validación.
6. Registro impreso de la consulta en línea (web institucional) del beneficio al derecho del seguro de salud del paciente en los subsistemas de seguridad pública, realizado a la fecha de atención del paciente, la impresión de este registro es de responsabilidad del prestador de servicios, en caso de menores de edad se deberá realizar la verificación de ambos padres.
7. Original del Acta de entrega recepción de servicios a conformidad (ver anexos) o planilla, validada por el paciente o su representante, como garantía de la atención recibida, así como la calidad y gratuidad de la misma. El Acta será requerida en caso de que el paciente sea derivado para la realización de un procedimiento ambulatorio de intervencionismo (Ej. Embolización vascular cerebral) o realización de procedimientos diagnósticos especiales (Ej.: endoscopia).
8. Copia del Formulario 053 en caso de referencia/contra referencia o derivación.

9. Copia del Formulario 007 – Interconsulta, si el paciente es derivado para una interconsulta, copia Formulario 010 si se requirió examen de laboratorio clínico, o copia Formulario 012 de haberse requerido exámenes de imagen.

10. Copia de resultados o informes de los exámenes o procedimientos los cuales servirán como garantía de la atención recibida, así como la calidad y gratuidad de la misma; estos serán documentos habilitantes en lugar del Acta de Entrega - Recepción del servicio.

11. Factura, una por cada servicio y mes que se enviará una vez que la unidad de salud haya sido informada del valor aprobado por control técnico médico y financiero.

12. Para los casos de muestras múltiples o resultados enviados a lectura e interpretación (por ejemplo placas de citología, muestras de biopsia, entre otros) se requerirá únicamente:
 - a. Oficio del Director de la Unidad Derivadora que expresa la necesidad del servicio emitido y la justificación de la razón por la cual no se realiza en dicha unidad operativa.

 - b. Listado de los pacientes a los que corresponden las muestras o resultados (nombre, número de cédula o número de historia clínica)

 - c. No se requiere copia de acta de entrega recepción.

Para atenciones en emergencia

1. Oficio de solicitud de pago (ver anexos), que identifique el mes y el servicio al que corresponden la factura y las planillas; se enviará un oficio por cada mes y por cada servicio, como ejemplo mes: febrero, servicio: emergencia.

2. Planilla consolidada del respectivo mes.

3. La planilla individual original detallada en físico y digital con los valores originados y registrados diariamente por la atención de salud prestada al usuario. Incluirá el código de validación entregado por el financiador.

4. Documento de identificación.

5. Copia del código de validación de la autorización de derivación o transferencia, emitida por la Institución responsable del paciente y validado por la Autoridad de la unidad o su delegado.

6. Registro Impreso de la consulta del beneficio al derecho del seguro de salud del paciente en los subsistemas de seguridad pública, realizado a la fecha de atención del paciente, la impresión de este registro es de responsabilidad del prestador de servicios, en caso de menores de edad se deberá realizar la verificación de ambos padres.
7. Copia del formulario 008 – Emergencia (ver anexos), si el paciente fue atendido por emergencia, en el que conste firma y sello del responsable del servicio, como garantía de la atención prestada, así como la calidad y gratuidad de la misma.
8. Formulario 053 de ser pertinente.
9. Factura, una por cada servicio y mes que se enviará una vez que la unidad de salud haya sido informada del valor aprobado por control técnico médico y financiero.

Para atenciones en servicio de diálisis

1. Oficio de solicitud de pago (ver anexos), que identifique el mes y el servicio al que corresponden la factura y las planillas; se enviará un oficio por cada mes y por cada servicio, como ejemplo mes: febrero, servicio: hemodiálisis.
2. Copia del informe mensual de pacientes tratados y candidatos a trasplante. El original deberá ser enviado al Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos (INDOT).
3. Planilla consolidada del respectivo mes.
4. La planilla individual original detallada en físico y digital con los valores originados y registrados diariamente por la atención de salud prestada al usuario. Incluirá el código de validación entregado por el financiador.
5. Copia del documento de identificación del beneficiario del servicio y de su representante en caso de que este firme el acta de entrega recepción del servicio.
6. Copia del Formulario 053 en caso de referencia/contra referencia o derivación para realización de diálisis (Anual) o contar con el respaldo informático del mismo.
7. Copia del código de validación o autorización del financiador
8. Registro impreso de la consulta en línea (web institucional) del beneficio al derecho del seguro de salud del paciente en los subsistemas de seguridad pública, realizado a la fecha de atención del paciente, la impresión de este registro es de responsabilidad del prestador de servicios, en caso de menores de edad se deberá realizar la verificación de ambos padres.
9. Original del Acta de Entrega Recepción de Servicios a Conformidad (ver anexos), validada por el paciente o su representante, como garantía de la atención recibida, así como la calidad y gratuidad de la misma.

10. Informe médico individual (trimestral) del estado general del paciente, donde se especifique evolución clínica del paciente, estado de la enfermedad, estado nutricional, valoración y tratamiento.
11. Registro mensual de cumplimiento de las sesiones.
12. Factura, una por cada servicio y mes que se enviará una vez que la unidad de salud haya sido informada del valor aceptado por control técnico médico y financiero.

Para atenciones de servicio pre hospitalario

1. Oficio de solicitud de pago (ver anexos), que identifique el mes y el servicio al que corresponden la factura y las planillas; se enviará un oficio por cada mes y por cada servicio, como ejemplo mes: febrero, servicio: pre hospitalario.
2. Planilla consolidada del respectivo mes.
3. La planilla individual original detallada en físico y digital con los valores originados y registrados al momento de la atención de salud prestada al usuario.
4. Registro impreso de la consulta en línea (web institucional) del beneficio al derecho del seguro de salud del paciente en los subsistemas de seguridad pública, realizado a la fecha de atención del paciente, la impresión de este registro es de responsabilidad del prestador de servicios, en caso de menores de edad se deberá realizar la verificación de ambos padres.
5. Copia del Anexo 2 – Atención Prehospitalaria debidamente diligenciado, como garantía de la atención recibida, así como la calidad y gratuidad de la misma.
6. Copia de la hoja de ruta de movilización de la ambulancia.
7. Factura, una por cada servicio y mes que se enviará una vez que la unidad de salud haya sido informada del valor aceptado por control técnico médico y financiero.

Prelación de pago

Las Instituciones financiadoras, públicas y privadas, participarán responsable, solidaria y equitativamente en el pago de las atenciones que reciban sus usuarios; los prestadores de servicios aplicarán el siguiente orden para el cobro:

1. SPPAT, en el caso de accidentes de tránsito, hasta el total de la cobertura.
2. Seguros privados y empresas de medicina prepagada hasta el total del monto asegurado por cada siniestro, de existir un excedente se aplicará su cobro a la Seguridad Social o MSP, según corresponda su derecho, los excedentes no cubiertos que aplican a prelación de pago hacen referencia a montos sobre el techo de cobertura, mas no a copagos ni cuotas moderadoras
3. Seguridad Social (IESS, ISSFA e ISSPOL).
4. MSP para los casos que queden sin las coberturas señaladas en los numerales anteriores.



En los casos en que una persona sea beneficiaria titular de dos seguros sociales, por ejemplo militar o policía en servicio pasivo con beneficio de pensión de retiro y afiliado activo en el IESS, la cobertura de los servicios de salud estará a cargo de la Institución en la que se encuentra aportando como activo, en el caso del ejemplo el IESS asumiría la obligación de pago.

En los casos en que una persona sea beneficiaria de dos seguros sociales, uno como dependiente y otro como afiliado activo; por ejemplo esposa de militar que goza de cobertura total para salud en el ISSFA y que trabaja con relación de dependencia laboral y tiene cobertura del IESS, la cobertura de los servicios de salud estará a cargo de la Institución de la que es titular por encontrarse aportando como afiliada, en el caso del ejemplo el IESS asumiría la obligación de pago.

En los casos que una persona sea beneficiaria de dos subsistemas por extensión de cobertura (dependencia de un titular), por ejemplo madre de policía y madre de militar, la cobertura de los servicios de salud estará a cargo de las dos Instituciones solidariamente al 50% cada una sobre el valor total de los servicios de salud brindados.

En los casos que una persona sea beneficiaria de un subsistema por extensión de cobertura y dependiente de dos titulares, por ejemplo hijo de padre y madre policía, o esposa y madre de policía, la cobertura de los servicios de salud estará a cargo de la institución aseguradora al 100% del valor del total de los servicios de salud brindados.

En los casos en que una persona sea beneficiaria de un subsistema de la Red Pública, como dependiente por extensión de cobertura, el porcentaje del servicio de salud, no cubierto por este seguro será asumido por el MSP.

	Nombre	Cargo	Sumilla
Aprobado	Dra. Sonia Díaz	Subsecretaria Nacional de Gobernanza de la Salud. Subrogante	SD
Solicitado	Julio López Martín	Director Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud.	JLM
Revisado	Juan Sánchez Jara	Servicios Profesionales en la DNARPYCS	JSJ
Elaborado	Sonia Díaz Salas	Asesora Ministerial	SD

SD



7. GLOSARIO

Afiliado: toda persona natural que consta registrada en el régimen del Seguro General Obligatorio, como obligada o voluntaria, o en el régimen de Seguridad Social de Fuerzas Armadas y Seguridad Social de la Policía Nacional, mediante un aporte administrado por la Institución de Seguridad Social respectiva, y que tiene derecho a las prestaciones y los beneficios que consagran dichos Seguros.

Asegurado: toda persona natural protegida por el Seguro General Obligatorio o Seguro Social de Fuerzas Armadas y Seguridad Social de la Policía Nacional en calidad de afiliada o beneficiario con derecho.

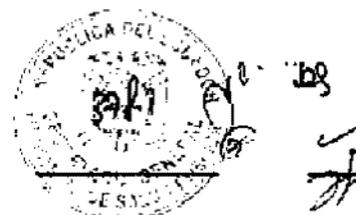
Beneficiario con derecho: persona natural protegida por el Seguro General Obligatorio, Seguro Social de Fuerzas Armadas y Seguridad Social de la Policía Nacional favorecida por efecto de su relación/filiación con el afiliado o causante.

Dependiente: persona que sin ser afiliado, jubilado o pensionista de la seguridad social accede a beneficios determinados en la respectiva ley que protege al titular del seguro; en Ecuador son dependientes del IESS cónyuges e hijos hasta 18 años; para el ISSPOL son dependientes padres, cónyuges e hijos hasta los 18 años; para el ISSFA son dependientes padres (con relación de dependencia económica demostrada) cónyuges e hijos hasta los 25 años. En todos los casos para acceder a los servicios que la ley correspondiente de cubre, se deberá demostrar que los hijos son solteros, estudian y dependen del padre para su manutención. Cabe anotar que cada sistema tiene cobertura y límites específicos y diferentes de los otros subsistemas.

Jubilado: toda persona natural que habiendo cumplido los requisitos establecidos en la ley, goza de una pensión concedida o paga por el Seguro General Obligatorio, Seguro Social de Fuerzas Armadas o Seguro Social de la Policía Nacional.

Licenciamiento de servicios de salud: procedimiento de carácter obligatorio por medio del cual la autoridad sanitaria nacional otorga el permiso de funcionamiento a las Instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas o privadas, según su capacidad resolutive, niveles de atención y complejidad, previa verificación del cumplimiento de los requisitos o estándares mínimos indispensables.

Militar en servicio pasivo: toda persona que ha cumplido con los requisitos de Ley y se encuentra en goce de pensión de retiro, discapacidad o invalidez.



Policía en servicio pasivo: toda persona que ha cumplido con los requisitos de Ley y se encuentra en goce de pensión de retiro, discapacidad o invalidez.

Pensionista: beneficiario en goce de pensión de retiro, discapacidad, invalidez, montepío o que percibe pensión del Estado.

SISTEMA PÚBLICO PARA PAGO DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO: mecanismo de apoyo para la aplicación de una Política de Estado en materia de Salud Pública, que se instrumenta con un contrato de seguro privado con características muy especiales, que garantiza una cobertura universal para todos los ecuatorianos y extranjeros que se movilizan en el país, por las consecuencias de los accidentes de tránsito que ocurran dentro del territorio nacional, con sujeción a las disposiciones reglamentarias, condiciones generales del seguro, coberturas y límites determinados.

El SPPAT es un Sistema diseñado para brindar una protección adecuada a las víctimas de accidentes de tránsito, procurando que reciban una atención médica oportuna o una indemnización por muerte o invalidez.

Este sistema está conformado principalmente por Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Transporte y Obras Públicas, Ministerio de Gobierno y Policía, Dirección Nacional de Tránsito, Comisión de Tránsito del Guayas, Superintendencia de Bancos y Seguros, Sector Salud Privado.

Tal vez el principal beneficio del Sistema Público para Pago de Accidentes de Tránsito es el de constituirse en una herramienta ideal que permite romper con las barreras de acceso, especialmente económicas, que puede tener la población afectada por lesiones causadas por el tránsito, facilitando de esta manera su atención médica y garantizando a los servicios de salud el pago de tales servicios. 8

8. Referencias

1. Asamblea Constituyente del año 2008 en Montecristi. Constitución de la República del Ecuador (Montecristi-Manabí): s.n., 2008.
2. Secretaría Nacional de Planificación. Plan Nacional del Buen Vivir. Noviembre 5 2009
3. Ley Orgánica de Salud. Ley 67, Registro Oficial Suplemento 423 de 22 de Diciembre del 2006.
4. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Ley 80. Registro oficial 670 25 de septiembre de 2002.
5. Reglamento a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud: Decreto Ejecutivo No. 3611. RO/ 9 de 28 de Enero del 2003.
6. Ley Orgánica Reformatoria a la Ley Orgánica de Salud, Ley 67, Registro Oficial Suplemento 423 de 22 de Diciembre del 2006.
7. Ley Orgánica de Donación y Transplante de Órganos, Tejidos y Células. Registro Oficial 398 del 4 de marzo de 2011.
8. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública. Registro Oficial 395 de 27 de Julio de 2008.
9. Reglamento a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública. 30 de Abril de 2009.
10. Ley de Seguridad Social, Ecuador, 13 de noviembre de 2001
11. Ley de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, Ecuador, 30 de julio de 1992
12. Ley de Seguridad Social de la Policía Nacional, Ecuador, 7 de agosto de 1995
13. Reglamento del Seguro de Salud del ISSFA, para cubrir las Prestaciones de Enfermedad y Maternidad.
14. Reglamento del Seguro de Enfermedad y Maternidad ISSPOL, 2012.
15. Ley de Comercio Electrónico, Firmas Electrónicas y Mensajes de Datos. Ley 2002-67. Registro Oficial 557-S de 17 de abril de 2002.
16. Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas. Registro Oficial 306, viernes 22 de octubre de 2010.
17. Normas de Control Interno para las Entidades, Organismos del Sector Público y de las Personas Jurídicas de Derecho Privado que dispongan de Recursos Públicos. Acuerdo 039-Cg3. Contraloría General del Estado. Registro Oficial 87, lunes 14 de diciembre 2009.
18. Convenio Marco Interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública, 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 para integrar la Red Pública Integral de Salud de Salud, renovado a 10 de abril de 2015.
19. Sistema Público Pago de Accidentes de Tránsito. <http://www.fonsat.gob.ec/index.php/coberturas-que-garantiza-el-sppat>
20. Ministerio de Salud Pública: Norma Técnica para la derivación y financiamiento de cobertura internacional para la atención integral de salud de usuarios con enfermedades catastróficas. Acuerdo Ministerial 00004194
21. Ministerio de Salud Pública: Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, Registro Oficial 28 de diciembre 2014.
22. Ministerio de Salud Pública, Jefatura de Estadística. El Sistema de Información de Salud, Registros de Salud. Quito, 2001
23. Ministerio de Salud Pública. Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud. Norma Técnica. Quito. 2014.
24. Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud- MAIS. Subsecretaría Nacional de Gobernanza. Ecuador. 2013.
25. Ministerio de Salud Pública. Lineamientos Operativos para la Implementación del MAIS y RPIS. Acuerdo Ministerial 5169. Subsecretaría Nacional de Gobernanza. Ecuador. 2014.
26. Reglamento para el manejo de información confidencial en el Sistema Nacional de Salud. Acuerdo Ministerial 5216-A de 31 de diciembre de 2014.
27. Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría Nacional de Gobernanza. Norma Técnica para el procedimiento de evaluación, selección, calificación y adquisición de servicios de salud de la Red

329
58

- Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria., modificada con Acuerdo Ministerial 4904 de 20 de junio de 2014.
28. Red Pública Integral de Salud (RPIS), INSTRUCTIVO 001-2012, "PARA LA VIABILIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN UNIDADES DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD (RPIS) Y EN LA RED PRIVADA COMPLEMENTARIA (RPC) DE PRESTADORES SERVICIOS DE SALUD", mayo de 2012.
 29. Transformación Sectorial de Salud en el Ecuador (TSSE): Hacia una Garantía de Derechos en la Salud para Todos. Avances de la Propuesta de Transformación Sectorial a partir de la Constitución 2008, del IV Congreso por la Salud y la Vida, y del nuevo modelo de gestión del MSP. Agosto de 2009.
 30. GUTIÉRREZ Catalina, MOLINA Carlos, WÜLLNER Andrea. Las formas de contratación entre prestadoras y administradoras de salud, sus perspectivas en el nuevo marco de la Seguridad Social. FEDESARROLLO, Bogotá 1996.
 31. TELYUKOV A, NOVAK K, BROSS C. Alternativas de pago a los proveedores para América Latina. USAID. 2001. Publicación producida por Partnerships for Health Reform con el apoyo de USAID.
 32. JAMES, C.; SCHREMMER, J. 2005. «Políticas recientes en la prestación de servicios de salud- Un gran avance hacia sistemas sostenibles de atención médica» en: Seguridad social: hacia una confianza renovada, AISS 2005, www.issa.int/pdf/publ/2DT.pdf
 33. Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, Asociación Centri de Gestión Hospitalaria. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá, 2007.
 34. Díaz, Sonia. DISEÑO BÁSICO DEL SISTEMA DE GESTIÓN, ASEGURAMIENTO Y PROVISIÓN DE SALUD. Ministerio Coordinador de Desarrollo Social. Quito, 2009.
 35. Díaz, Sonia. CALIDAD Y SALUD, LA AUDITORÍA MÉDICA COMO HERRAMIENTA DE LA MEJORA DE LA CALIDAD. Ministerio de Salud Pública. Quito, 2012.
 36. Malagón Londoño G, Galán Morera R, Pontón Laverde G. Garantía de Calidad en Salud. Editorial Panamericana. Bogotá, 2001.
 37. Donabedian, Avedis. La Calidad de la Atención Médica. Definición y Métodos de Evaluación. La Prensa Médica Mexicana. México, 1983.
 38. Bustos Álvaro, Sánchez Guillermo. Memorias Curso de Auditoría Médica. Delta Salud. Quito, 2005.
 39. Escudero Carlos, Luis Lewcovicz. Segundo Curso de Auditoría Médica. Prevenprax. Quito, 2006.
 40. Gispert Cruells, Jorge. Conceptos de Bioética y Responsabilidad Médica. Manual Moderno. México, 2001.
 41. Williams, John R. Asociación Médica Mundial (AMM). Manual de Ética Médica. Publicación de la Unidad de Ética de la AMM. Francia, 2005.
 42. Organización Panamericana de la Salud. Registros de Salud e Historia Clínica. Serie Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción, PALTEX. 1991.
 43. Galán, Cortés Julio César. La responsabilidad médica y el consentimiento informado. Revista Médica Uruguaya, 15:5-12. Uruguay, 1999.
 44. Rubio Cebrián Santiago. Glosario de la Economía de la Salud (y disciplinas afines). Ediciones Díaz de Santos, SA, Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) de la Organización Panamericana de la Salud, España. 1995.
 45. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de Salud. LEY 26529. Sanción: 21/10/2009. Promulgación de Hecho: 19/11/2009; Boletín Oficial 20/11/2009. Uruguay, 2009.

8

9. Anexos

1. Oficio de requerimiento de pago
2. Documentos de Historia Clínica
 - a. Anexo 002: Servicio pre hospitalario
 - b. Formulario 002: Consulta Externa
 - c. Formulario 006: Epicrisis
 - d. Formulario 007: Interconsultas.
 - e. Formulario 008 Atención en el Servicio de Emergencia.
 - f. Formulario 010: Pedido de exámenes de laboratorio.
 - g. Formulario 012: Pedido de exámenes de imagen.
 - h. Formulario 053: Referencia y contra referencia.
 - i. Formulario SN: Acta entrega recepción de servicios o su equivalente.
3. Informe Médico Trimestral de Diálisis.
4. Oficio de validación para muestras múltiples.
5. Instructivo para la aplicación del incentivo de calidad
 - a. Lineamientos
 - b. Matrices
6. Instructivo para la aplicación de los Lineamientos de Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud.
 - a. Lineamientos
 - b. Lista de chequeo
7. Flujo de los procesos

10. Apéndice

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

Art. 3.- Son deberes primordiales del Estado:

1. Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes.

Art. 9.- Las personas extranjeras que se encuentren en el territorio ecuatoriano tendrán los mismos derechos y deberes que las ecuatorianas, de acuerdo con la Constitución.

Art. 10.- Las personas, comunidades, pueblos, nacionalidades y colectivos son titulares y gozarán de los derechos garantizados en la Constitución y en los instrumentos internacionales.

La naturaleza será sujeto de aquellos derechos que le reconozca la Constitución.

Art. 11.- El ejercicio de los derechos se regirá por los siguientes principios:

3. Los derechos y garantías establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales de derechos humanos serán de directa e inmediata aplicación por y ante cualquier servidora o servidor público, administrativo o judicial, de oficio o a petición de parte.

Para el ejercicio de los derechos y las garantías constitucionales no se exigirán condiciones o requisitos que no estén establecidos en la Constitución o la ley.

Los derechos serán plenamente justiciables. No podrá alegarse falta de norma jurídica para justificar su violación o desconocimiento, para desechar la acción por esos hechos ni para negar su reconocimiento.

4. Ninguna norma jurídica podrá restringir el contenido de los derechos ni de las garantías constitucionales.

5. En materia de derechos y garantías constitucionales, las servidoras y servidores públicos, administrativos o judiciales, deberán aplicar la norma y la interpretación que más favorezcan su efectiva vigencia.

8. El contenido de los derechos se desarrollará de manera progresiva a través de las normas, la jurisprudencia y las políticas públicas. El Estado generará y garantizará las condiciones necesarias para su pleno reconocimiento y ejercicio.

Será inconstitucional cualquier acción u omisión de carácter regresivo que disminuya, menoscabe o anule injustificadamente el ejercicio de los derechos.

9. El más alto deber del Estado consiste en respetar y hacer respetar los derechos garantizados en la Constitución.

El Estado, sus delegatarios, concesionarios y toda persona que actúe en ejercicio de una potestad pública, estarán obligados a reparar las violaciones a los derechos de los particulares por la falta o deficiencia en la prestación de los servicios públicos, o por las acciones u omisiones de sus funcionarias y funcionarios, y empleadas y empleados públicos en el desempeño de sus cargos.

23. El Estado ejercerá de forma inmediata el derecho de repetición en contra de las personas responsables del daño producido, sin perjuicio de las responsabilidades civiles, penales y administrativas.

El Estado será responsable por detención arbitraria, error judicial, retardo injustificado o inadecuada administración de justicia, violación del derecho a la tutela judicial efectiva, y por las violaciones de los principios y reglas del debido proceso.

Cuando una sentencia condenatoria sea reformada o revocada, el Estado reparará a la persona que haya sufrido pena como resultado de tal sentencia y, declarada la responsabilidad por tales actos de servidoras o servidores públicos, administrativos o judiciales, se repetirá en contra de ellos.

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Art. 50.- El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente.

Art. 53.- Las empresas, instituciones y organismos que presten servicios públicos deberán incorporar sistemas de medición de satisfacción de las personas usuarias y consumidoras, y poner en práctica sistemas de atención y reparación.

El Estado responderá civilmente por los daños y perjuicios causados a las personas por negligencia y descuido en la atención de los servicios públicos que estén a su cargo, y por la carencia de servicios que hayan sido pagados.

Art. 54.- Las personas o entidades que presten servicios públicos o que produzcan o comercialicen bienes de consumo, serán responsables civil y penalmente por la deficiente prestación del servicio.

por la calidad defectuosa del producto, o cuando sus condiciones no estén de acuerdo con la publicidad efectuada o con la descripción que incorpore.

Las personas serán responsables por la mala práctica en el ejercicio de su profesión, arte u oficio, en especial aquella que ponga en riesgo la integridad o la vida de las personas.

Art. 86.- La formulación, ejecución, evaluación y control de las políticas públicas y servicios públicos que garanticen los derechos reconocidos por la Constitución, se regularán de acuerdo con las siguientes disposiciones:

1. Las políticas públicas y la prestación de bienes y servicios públicos se orientarán a hacer efectivos el buen vivir y todos los derechos, y se formularán a partir del principio de solidaridad.

2. Sin perjuicio de la prevalencia del interés general sobre el interés particular, cuando los efectos de la ejecución de las políticas públicas o prestación de bienes o servicios públicos vulneren o amenacen con vulnerar derechos constitucionales, la política o prestación deberá reformularse o se adoptarán medidas alternativas que concilien los derechos en conflicto.

3. El Estado garantizará la distribución equitativa y solidaria del presupuesto para la ejecución de las políticas públicas y la prestación de bienes y servicios públicos.

Art. 298.- Se establecen pre asignaciones presupuestarias destinadas a los gobiernos autónomos descentralizados, al sector salud, al sector educación, a la educación superior, y a la investigación, ciencia, tecnología e innovación en los términos previstos en la ley. Las transferencias correspondientes a pre asignaciones serán predecibles y automáticas. Se prohíbe crear otras pre asignaciones presupuestarias.

Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

103

- La Red Pública Integral de Salud de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

Art. 362.- 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.

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

Art. 363.- El Estado será responsable de:

2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.
3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.

Art. 365.- Por ningún motivo los establecimientos públicos o privados ni los profesionales de la salud negarán la atención de emergencia. Dicha negativa se sancionará de acuerdo con la ley.

Art. 366.- El financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente, y deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado. Los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de salud.

El Estado financiará a las instituciones estatales de salud y podrá apoyar financieramente a las autónomas y privadas siempre que no tengan fines de lucro, que garanticen gratuidad en las prestaciones, cumplan las políticas públicas y aseguren calidad, seguridad y respeto a los derechos.

Estas instituciones estarán sujetas a control y regulación del Estado.

Art. 368.- El sistema de seguridad social comprenderá las entidades públicas, normas, políticas, recursos, servicios y prestaciones de seguridad social, y funcionará con base en criterios de

sostenibilidad, eficiencia, celeridad y transparencia. El Estado normará, regulará y controlará las actividades relacionadas con la seguridad social.

Art. 370.- 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 de salud y del sistema de seguridad social.

LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Art. 2.- Finalidad y Constitución del Sistema.- El Sistema Nacional de Salud tiene por finalidad mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud. Estará constituido por las entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector salud, que se articulan funcionalmente sobre la base de principios, políticas, objetivos y normas comunes.

Art. 3.- Objetivos.- El Sistema Nacional de Salud cumplirá los siguientes objetivos:

1. Garantizar el acceso equitativo y universal a servicios de atención integral de salud, a través del funcionamiento de una red de servicios de gestión desconcentrada y descentralizada.
4. Promover, la coordinación, la complementación y el desarrollo de las instituciones del sector.
5. Incorporar la participación ciudadana en la planificación y veeduría en todos los niveles y ámbitos de acción del Sistema Nacional de Salud.

Art. 4.- Principios.- El Sistema Nacional de Salud, se regirá por los siguientes principios:

1. Equidad.- Garantizar a toda la población el acceso a servicios de calidad, de acuerdo a sus necesidades, eliminando las disparidades evitables e injustas como las concernientes al género y a lo generacional.
2. Calidad.- Buscar la efectividad de las acciones, la atención con calidez y la satisfacción de los usuarios.
3. Eficiencia.- Optimizar el rendimiento de los recursos disponibles y en una forma social y epidemiológicamente adecuada.
4. Participación.- Promover que el ejercicio ciudadano contribuya en la toma de decisiones y en el control social de las acciones y servicios de salud,
5. Pluralidad.- Respetar las necesidades y aspiraciones diferenciadas de los grupos sociales y propiciar su interrelación con una visión pluricultural.
6. Solidaridad.- Satisfacer las necesidades de salud de la población más vulnerable, con el esfuerzo y cooperación de la sociedad en su conjunto.
7. Universalidad.- Extender la cobertura de los beneficios del Sistema, a toda la población en el

territorio nacional.

8. Descentralización.- Cumplir los mandatos constitucionales que consagren el sistema descentralizado del país.
9. Autonomía. - Acatar la que corresponda a las autonomías de las instituciones que forman el Sistema.

Art. 11.- Función de Provisión de Servicios de Salud.- La provisión de servicios de salud es plural y se realiza con la participación coordinada de las instituciones prestadoras, las cuales funcionarán de conformidad con su estatuto de constitución y la administración de sus propios recursos.

El Sistema establecerá los mecanismos para que las instituciones garanticen su operación en redes y aseguren la calidad, continuidad y complementariedad de la atención, para el cumplimiento del Plan Integral de Salud de acuerdo con las demandas y necesidades de la comunidad.

Estos mecanismos incluyen:

e) La referencia y contrarreferencia;

1. La celebración de convenios o contratos de gestión entre las entidades del Sistema para complementar la atención, con mecanismos de pago interinstitucionales basados en protocolos comunes, de acuerdo al reglamento correspondiente;

i) Otros acuerdos de complementación interinstitucional.

Art. 12.- Función de aseguramiento.- El aseguramiento es la garantía de acceso universal y equitativo de la población al Plan Integral de Salud en cumplimiento del derecho ciudadano a la protección social en salud.

A efecto de alcanzar la cobertura universal el Sistema con la participación de todos sus integrantes aplicará las medidas que sean necesarias para el cumplimiento de esta meta común. Iniciará con la aplicación del plan de aseguramiento para mujeres y niños beneficiarios de la Ley y Programas de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

Se promoverá la ampliación de cobertura de salud de todas las entidades prestadoras de servicios y del Seguro General Obligatorio y Seguro Social Campesino, pertenecientes al IESS, de otros seguros públicos, como el ISSFA e ISSPOL.

REGLAMENTO A LA LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Art. 13.- De la conformación y organización de la red.- La conformación y Organización de la red plural de prestadores, de la cual forman parte los proveedores públicos, privados y los de medicina tradicional y alternativa, responderán al modelo de atención consagrado en la ley y a los protocolos de las acciones y prestaciones definidas en el Plan Integral de Salud. Las áreas de salud constituyen la base a la que se articularán las instituciones y las unidades locales de acuerdo a sus responsabilidades y capacidad resolutive.

Art. 15.- Complementariedad de la capacidad resolutive.- La red plural de prestadores complementará su capacidad resolutive con establecimientos de mayor complejidad tecnológica, que cuenten con especialidades y subespecialidades, a fin de garantizar atención integral y de calidad al individuo, la familia y la comunidad.

Art. 18.- Ingreso a la red plural.- Los usuarios ingresarán a la red plural de prestadores a través de las unidades de menor complejidad, excepto en los casos de emergencias o urgencias en los cuales accederán a la unidad de salud de la complejidad que se requiera.

LEY ORGÁNICA DE SALUD

Art. 2.- Todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud para la ejecución de las actividades relacionadas con la salud, se sujetarán a las disposiciones de esta Ley, sus reglamentos y las normas establecidas por la autoridad sanitaria nacional.

Art. 4.- La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.

Art. 9.- Corresponde al Estado garantizar el derecho a la salud de las personas, para lo cual tiene, entre otras, las siguientes responsabilidades:

e) Establecer a través de la autoridad sanitaria nacional, los mecanismos que permitan a la persona como sujeto de derechos, el acceso permanente e ininterrumpido, sin obstáculos de ninguna clase a acciones y servicios de salud de calidad;

LEY ORGÁNICA REFORMATORIA A LA LEY ORGÁNICA DE SALUD, LEY 67, PARA INCLUIR EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES RARAS O HUÉRFANAS Y CATASTRÓFICAS.

Art. 1.- Luego del numeral 5 del artículo 6 inclúyase un numeral que diga lo siguiente:

"5-A.- Dictar, regular y controlar la correcta aplicación de la normativa para la atención de patologías consideradas como enfermedades catastróficas, así como, dirigir la efectiva aplicación de los programas de atención de las mismas."

Art. 2.- Agréguese en el Título II de la Ley Orgánica de Salud, Ley 67, luego del Capítulo III un Capítulo que diga lo siguiente:

"CAPITULO III-A DE LAS ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS Y RARAS O HUÉRFANAS

Artículo... (1).- El Estado ecuatoriano reconocerá de interés nacional a las enfermedades catastróficas y raras o huérfanas; y, a través de la autoridad sanitaria nacional, implementará las acciones necesarias para la atención en salud de las y los enfermos que las padezcan, con el fin de mejorar su calidad y expectativa de vida, bajo los principios de disponibilidad, accesibilidad, calidad y

29

calidez; y, estándares de calidad, en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, habilitación y curación.

Las personas que sufran estas enfermedades serán consideradas en condiciones de doble vulnerabilidad.

Artículo... (2).- Son obligaciones de la autoridad sanitaria nacional

a) Emitir protocolos para la atención de estas enfermedades, con la participación de las sociedades científicas, las mismas que establecerán las directrices, criterios y procedimientos de diagnóstico y tratamiento de las y los pacientes que padezcan enfermedades raras o huérfanas;

b) Promover, coordinar y desarrollar, conjuntamente con organismos especializados nacionales e internacionales públicos y privados, investigaciones para el estudio de las enfermedades raras o huérfanas y catastróficas con la finalidad de favorecer diagnósticos y tratamientos tempranos en pro de una mejor calidad y expectativa de vida;

En aquellos casos en los que al Sistema Nacional de Salud le resulte imposible emitir el diagnóstico definitivo de una enfermedad, la autoridad sanitaria nacional implementará todas las acciones para que estos casos sean investigados en instituciones internacionales de la salud con la finalidad de obtener el diagnóstico y tratamiento correspondiente.

c) Controlar y regular, en coordinación con los organismos competentes, a las compañías de seguros y prestadoras de servicios de medicina pre pagada en lo referente a la oferta de coberturas para enfermedades consideradas raras o huérfanas.

Las compañías de seguros y las empresas privadas de salud y medicina pre pagada, en el marco de las políticas definidas por la autoridad sanitaria nacional y de la presente Ley, estarán obligadas a cumplir las coberturas comprometidas en los respectivos contratos de seguro sin que puedan negar dicha cobertura a pretexto del apareamiento posterior de enfermedades consideradas catastróficas y raras o huérfanas.

Art. 4.- En el artículo 259, luego de la definición de: "Donante", agréguese las siguientes definiciones:

"Enfermedad Catastrófica.- Es aquella que cumple con las siguientes características:

a) Que implique un alto riesgo para la vida de la persona;

b) Que sea una enfermedad crónica y por lo tanto que su atención no sea emergente; y,

c) Que su tratamiento pueda ser programado o que el valor promedio de su tratamiento mensual sea mayor al determinado en el Acuerdo Ministerial de la Autoridad Sanitaria."

Enfermedades Raras y Huérfanas: Las enfermedades raras o huérfanas, incluidas las de origen genético, son aquellas enfermedades potencialmente mortales, o debilitantes a largo plazo, de baja prevalencia y de alta complejidad.

LEY DE DERECHOS Y AMPARO DEL PACIENTE

Art. 2.- Derecho a una atención digna.- (Reformado por el lit. b de la Disp. Gen. Cuarta de la Ley 2006-67, R.O. 423-S, 22-XII-2006).- Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el servicio de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.

Art. 3.- Derecho a no ser discriminado.- Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica.

Art. 4.- Derecho a la confidencialidad.- Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial.

Art. 5.- Derecho a la información.- (Reformado por el lit. b de la Disp. Gen. Cuarta de la Ley 2006-67, R.O. 423-S, 22-XII-2006).- Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del servicio de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse. Exceptúense las situaciones de emergencia.

El paciente tiene derecho a que el servicio de salud le informe quién es el médico responsable de su tratamiento.

Art. 8.- (Reformado por el lit. b de la Disp. Gen. Cuarta de la Ley 2006-67, R.O. 423-S, 22-XII-2006).- Todo paciente en estado de emergencia debe ser recibido inmediatamente en cualquier servicio de salud, público o privado, sin necesidad de pago previo.

Art. 9.- (Reformado por el lit. b de la Disp. Gen. Cuarta de la Ley 2006-67, R.O. 423-S, 22-XII-2006).- Se prohíbe a los servicios de salud públicos y privados exigir al paciente en estado de emergencia y a las personas relacionadas con él, que presenten cheques, tarjetas de crédito, pagarés a la orden, letras de cambio u otro tipo de documento de pago, como condición previa a ser recibido, atendido y estabilizado en su salud.

Tan pronto como el paciente haya superado la emergencia y se encuentre estabilizado en sus condiciones físicas, el servicio de salud tendrá derecho para exigir al paciente o a terceras personas relacionadas con él, el pago de los servicios de salud que recibió.

Art. 11.- (Reformado por el lit. b de la Disp. Gen. Cuarta de la Ley 2006-67, R.O. 423-S, 22-XII-2006).- Los valores no recuperados por el servicio de salud por la atención a un paciente en estado de emergencia, podrán deducirse del impuesto a la renta de conformidad con las disposiciones de la Ley de Régimen Tributario Interno.

Normas de control interno para las entidades, organismos del sector público y de las personas jurídicas de derecho privado que dispongan de recursos públicos.

100-01 Control Interno El control interno será responsabilidad de cada institución del Estado y de las personas jurídicas de derecho privado que dispongan de recursos públicos y tendrá como finalidad crear las condiciones para el ejercicio del control. El control interno es un proceso integral aplicado por la máxima autoridad, la dirección y el personal de cada entidad, que proporciona seguridad razonable para el logro de los objetivos institucionales y la protección de los recursos públicos. Constituyen componentes del control interno el ambiente de control, la evaluación de riesgos, las actividades de control, los sistemas de información y comunicación y el seguimiento. El control interno está orientado a cumplir con el ordenamiento jurídico, técnico y administrativo, promover eficiencia y eficacia de las operaciones de la entidad y garantizar la confiabilidad y oportunidad de la información, así como la adopción de medidas oportunas para corregir las deficiencias de control.

402-02 Control previo al compromiso Se denomina control previo, al conjunto de procedimientos y acciones que adoptan los niveles directivos de las entidades, antes de tomar decisiones, para precautelar la correcta administración del talento humano, financieros y materiales. En el control previo a la autorización para la ejecución de un gasto, las personas designadas verificarán previamente que:

1. La operación financiera esté directamente relacionada con la misión de la entidad y con los programas, proyectos y actividades aprobados en los planes operativos anuales y presupuestos;
2. La operación financiera reúna los requisitos legales pertinentes y necesarios para llevarla a cabo, que no existan restricciones legales sobre la misma y.
3. Exista la partida presupuestaria con la disponibilidad suficiente de fondos no comprometidos a fin de evitar desviaciones financieras y presupuestarias.

402-03 Control previo al devengado previa a la aceptación de una obligación, o al reconocimiento de un derecho, como resultado de la recepción de bienes, servicios u obras, la venta de bienes o servicios u otros conceptos de ingresos, las servidoras y servidores encargados del control verificarán:

1. Que la obligación o deuda sea veraz y corresponda a una transacción financiera que haya reunido los requisitos exigidos en la fase del control previo, que se haya registrado contablemente y contenga la autorización respectiva, así como mantenga su razonabilidad y exactitud aritmética;
2. Que los bienes o servicios recibidos guarden conformidad plena con la calidad y cantidad descritas o detalladas en la factura o en el contrato, en el ingreso a bodega o en el acta de recepción e informe técnico legalizados y que evidencien la obligación o deuda correspondiente;
3. Que la transacción no varíe con respecto a la propiedad, legalidad y conformidad con el presupuesto, establecidos al momento del control previo al compromiso efectuado;
4. Diagnóstico y evaluación preliminar de la planificación y programación de los presupuestos de ingresos;
5. La existencia de documentación debidamente clasificada y archivada que respalde los ingresos;
6. La corrección y legalidad aplicadas en los aspectos formales y metodológicos del ingreso
7. La sujeción del hecho económico que genera el ingreso a las normas que rigen su proceso.

403-08 Control previo al pago. Las servidoras y servidores de las instituciones del sector público designados para ordenar un pago, suscribir comprobantes de egreso o cheques, devengar y solicitar pagos vía electrónica, entre otros, previamente observarán las siguientes disposiciones:

- a) Todo pago corresponderá a un compromiso devengado, legalmente exigible, con excepción de los anticipos previstos en los ordenamientos legales y contratos debidamente suscritos;
- b) Los pagos que se efectúen estarán dentro de los límites de la programación de caja autorizada;
- c) Los pagos estarán debidamente justificados y comprobados con los documentos auténticos respectivos;
- d) Verificación de la existencia o no de litigios o asuntos pendientes respecto al reconocimiento total o parcial de las obligaciones a pagar.
- e) Que la transacción no haya variado respecto a la propiedad, legalidad y conformidad con el presupuesto.

Para estos efectos, se entenderá por documentos justificativos, los que determinan un compromiso presupuestario y por documentos comprobatorios, los que demuestren entrega de las obras, bienes o servicios contratados.

29

403-09 Pagos a beneficiarios El Sistema de Tesorería, prevé el pago oportuno de las obligaciones de las entidades y organismos del sector público y utiliza los recursos de acuerdo con los planes institucionales y los respectivos presupuestos aprobados.

406-02 Planificación Las entidades y organismos del sector público, para el cumplimiento de los objetivos y necesidades institucionales, formularán el Plan Anual de Contratación con el presupuesto correspondiente.

a) Registro de proveedores y entidades

Para los efectos de esta norma, toda persona natural o jurídica, nacional o extranjera que desee participar en los procesos de contratación, deberá estar inscrita y habilitada en el Registro Único de Proveedores, RUP, cuya información será publicada en el portal de compras públicas.

LISTADO DE CONDICIONES PARA COBERTURA EN CASO DE PACIENTES AUTODERIVADOS

Existen múltiples sistemas de triaje; sin embargo, por la difusión amplia, la facilidad y versatilidad en su uso, se ha tomado como referente el sistema del grupo español de triaje "Sistema de Triage Manchester MTS® modificado", que también fue tomado como base para el Manual de Triage Iberoamericano (OPS, 2010).

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 Sala de Reanimación – Shock Trauma.

1. Paro Cardiorrespiratorio.
2. Dolor Torácico Precordial de posible origen cardiogénico con o sin hipotensión.
3. Dificultad respiratoria (evidenciada por polipnea, taquipnea, tiraje, sibilantes, estridor, cianosis)
4. Infarto Agudo de Miocardio
5. Shock (Hemorrágico, cardiogénico, distributivo, obstructivo)
6. Arritmia con compromiso hemodinámico de posible origen cardiogénico con o sin hipotensión.
7. Hemorragia profusa.
8. Obstrucción de vía respiratoria alta.
9. Neumotórax a tensión.
10. Urgencias y Emergencias hipertensivas.
11. Alteración del estado de conciencia (ECG 8 o menos)
12. Paciente con trauma severo como:
 - a. - Víctima de accidente de tránsito.
 - b. Quemaduras con extensión mayor del 20% de la SCT.
 - c. Dos o más fracturas de huesos largos proximales.
 - Lesiones en extremidades con compromiso neurovascular.
 - d. Herida de bala o arma blanca con penetración de cavidades.

- e. Sospecha de traumatismo vertebro medular.
 - f. Evisceración.
 - g. Amputación o herida amplia con sangrado no controlado.
 - h. Traumatismo encéfalo craneano.
13. Status Convulsivo.
14. Sobredosis de drogas o alcohol más depresión respiratoria.
15. Ingesta de órganos fosforados, ácidos, álcalis, otras intoxicaciones o envenenamientos.
16. Signos y síntomas de abdomen agudo con descompensación hemodinámica.
17. Signos y síntomas de embarazo ectópico accidentado.
18. Signos vitales anormales:
- Adulto**
- Frecuencia Cardíaca < 50 x min.
 - Frecuencia Cardíaca > 150 x min.
 - Presión Arterial Sistólica < 90 mmHg.
 - Presión Arterial Sistólica > 220 mmHg.
 - Presión Arterial Diastólica > 110 mmHg o 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).
 - Frecuencia Respiratoria ≥ a 50 x min (desde los 2 meses al año)
 - 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%.
19. Suicidio frustrado.
20. Intento suicida.
21. Crisis de agitación psicomotora con conducta heteroagresiva.
22. Intoxicaciones por ingesta o contacto.
23. Apnea Paroxística.
24. Cambios en el estado mental: letargia, delirio, alucinaciones, llanto débil.
25. Deshidratación con Shock: Llenado capilar mayor de tres segundos.

26. Sangrado severo: Hematemesis, sangrado rectal, vaginal, epistaxis severa
27. Quemaduras en cara con afectación de vía aérea
28. Quemaduras grave de más de 30% de superficie corporal total.
29. Quemaduras por fuego en ambiente cerrado.
30. Aspiración u obstrucción con cuerpo extraño.
31. Status asmático.
32. Hipertermia maligna.
33. Politraumatismo.
34. Cualquier otro caso que amerite atención inmediata en la Sala de 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, serán atendidos en Consultorios de Emergencia

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 apareamiento 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 Meningeo.
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
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:
 - Hemorragia de cualquier trimestre del embarazo.
 - Aborto provocado no terapéutico o intento fallido de aborto.
 - Amenaza de parto pre término
 - Gestante de 2º y 3º trimestre que reporta ausencia de movimientos fetales.
 - Sangrado post-parto.
 - Pre eclampsia con signos de alerta, eclampsia, Sd. HELLP.
 - Sufrimiento fetal agudo
 - Trauma Abdominal.
 - Deshidratación por hiperémesis
 - Cefalea (moderada a grave) asociado a epigastralgia
 - Edema Generalizado.
32. Problemas Específicos en pacientes pediátricos.
 - Sepsis en pacientes con Prematurez / Bajo peso
 - Niños con fiebre y petequias o púrpura.
 - Convulsiones de reciente apareamiento, síncope o mareos.
 - Cefalea / epistaxis no controlada.
 - Quemaduras en región especial o en al menos del 10% de área corporal.
 - Trauma ocular.
 - Laceración / herida con sangrado activo, que requiere sutura.
 - Niños que han sufrido agresión física.
33. Cualquier otro caso que amerite atención inmediata en la Sala Emergencia.



Oficio de requerimiento de pago:

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 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 con (número final de hojas foliadas) fojas útiles.

El consolidado resumen de planillas y el respectivo respaldo magnético de la información de los 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 MÁXIMA AUTORIDAD DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS

CARGO DE LA AUTORIDAD



ANEXO 02

INSTITUCION	UNIDAD OPERATIVA	CORPOPO	N° AMBIENTE	CANTON	PROVINCIA	N° DE HOJA
-------------	------------------	---------	-------------	--------	-----------	------------

1 DATOS GENERALES DE ATENCION

NOMBRE DEL PACIENTE	EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	FECHA DE ATENCION	LUGAR DEL EVENTO
NOMBRE DEL INFORMANTE	EDUCACION	GRUPO SANGUINEO	OCUPACION	HORA DE ATENCION	HORA DEL EVENTO
TIPO DE EVENTO			LUGAR DEL EVENTO		

SOAT **GRUPO SANGUINEO V.R.**

2 SIGNOS VITALES Y ESCALAS

SIGNOS VITALES		ESCALA DE GLASSOW				ESCALA DE COMA
TEMPERATURA	PULSO	OCULOS	VERBALES	MOTORES	TOTAL	GRUPO

3 TRAUMA Y OTRAS LESIONES

TIPO DE LESION	LOCALIZACION	DESCRIPCION	TIPO DE LESION	LOCALIZACION	DESCRIPCION

4 EMERGENCIA OBSTETRICA

TIPO DE EMERGENCIA	TIPO DE LESION				

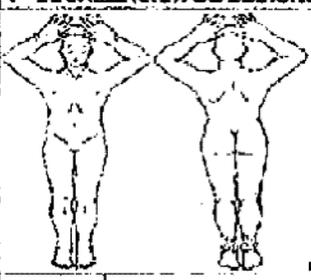
5 EMERGENCIA CARDIORESPIRATORIA

TIPO DE EMERGENCIA	TIPO DE LESION				

6 EXAMEN FISICO Y DIAGNOSTICO

1. VIA AEREA	2. CABEZA	3. OJOS	4. TORAX	5. ABDOMEN	6. MIEMBROS	7. SIGNOS VITALES

7 LOCALIZACION DE LESIONES

	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>11. HEPATITIS</td></tr> <tr><td>12. HEMORRAGIA</td></tr> <tr><td>13. LESION DE TIPO</td></tr> <tr><td>14. LESION DE TIPO</td></tr> <tr><td>15. LESION DE TIPO</td></tr> <tr><td>16. LESION DE TIPO</td></tr> <tr><td>17. LESION DE TIPO</td></tr> <tr><td>18. LESION DE TIPO</td></tr> <tr><td>19. LESION DE TIPO</td></tr> <tr><td>20. LESION DE TIPO</td></tr> </table>	11. HEPATITIS	12. HEMORRAGIA	13. LESION DE TIPO	14. LESION DE TIPO	15. LESION DE TIPO	16. LESION DE TIPO	17. LESION DE TIPO	18. LESION DE TIPO	19. LESION DE TIPO	20. LESION DE TIPO
11. HEPATITIS											
12. HEMORRAGIA											
13. LESION DE TIPO											
14. LESION DE TIPO											
15. LESION DE TIPO											
16. LESION DE TIPO											
17. LESION DE TIPO											
18. LESION DE TIPO											
19. LESION DE TIPO											
20. LESION DE TIPO											

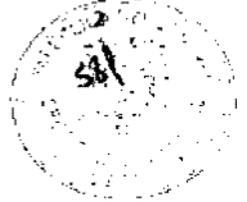
8 PROCEDIMIENTOS

9 CONDICION DE LLEGADA AL HOSPITAL

--	--	--	--	--	--

10 DERIVACION

--	--	--	--



FORMULARIO 002

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	N° HISTORIA CLÍNICA
-----------------	--------	----------	---------------------

1 MOTIVO DE CONSULTA

2 ANTECEDENTES PERSONALES

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

ENFERMEDAD	FAMILIAR	3. CAUSAS	4. SIGNOS	5. SÍNTOMAS	6. TRATAMIENTO	7. RESULTADOS	8. OTRAS
------------	----------	-----------	-----------	-------------	----------------	---------------	----------

4 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

5 REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS

1. ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS	2. RESPIRATORIO	3. HEMÁTICO	4. DIGESTIVO	5. URINARIO	6. ENDOCRINO	7. MUSCULOESQUELÉTICO	8. NEUROLÓGICO
----------------------------	-----------------	-------------	--------------	-------------	--------------	-----------------------	----------------

6 SIGNOS VITALES Y ANTROPOMETRIA

TEMPERATURA °C	PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDÍACA	FRECUENCIA RESPIRATORIA	PESO / KG	TALLA / CM
----------------	------------------	---------------------	-------------------------	-----------	------------

7 EXAMEN FÍSICO REGIONAL

1. CABEZA	2. CUELLO	3. TÓRAX	4. ABDOMEN	5. PELVIS	6. EXTREMIDADES
-----------	-----------	----------	------------	-----------	-----------------

8 DIAGNOSTICO

1. PRIMARIO	2. SECUNDARIO
-------------	---------------

9 PLANES DE TRATAMIENTO

FECHA	HORA	TIPO DE CONSULTA	PAIS	NOMBRE DE HOJA
-------	------	------------------	------	----------------

002-MSP-HEU-form.002/3008

CONSULTA EXTERNA - ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO



ESTABLECIMIENTO CONSULTADO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO F	EDAD	N° HISTORIA CLÍNICA
----------------------------	--------	----------	-----------	------	---------------------

6 CUADRO CLÍNICO DE INTERCONSULTA

7 RESUMEN DEL CRITERIO CLÍNICO

8 DIAGNOSTICO

	PRE-PRONOSTICO SIN DEPENDENCIA	CR	PR	SE	CR	PR	SE
1							
2							
3							

9 PLAN DE DIAGNOSTICO PROPUESTO

10 PLAN DE TRATAMIENTO PROPUESTO

FEDH	HORA	IDENTIFICACION PROFESIONA	COORD	FIRMA	NUMERO DE HOJA
------	------	------------------------------	-------	-------	-------------------



FORMULARIO 008

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	LÍNEA OPERATIVA	ADD. 149	COD. LOCALIZACIÓN	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
			Primeros segundos terceros	

1 REGISTRO DE ADMISIÓN

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGNDO NOMBRE	N° DE CUIL DE CUBIERTA
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y N° - N. ANZANA Y CASA)		BARRIO	PARRISHIA	CANTÓN
FECHA NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO	RAZA O COMPLEJIÓN (PINTA)	GRUPO CULTURAL
FECHA DE ADMISIÓN		OCUPACIÓN	EMPRESA DONDE TRABAJA	TIPO DE SEGURO DE SALUD
FORMA DE LLEVARLA		PUENTE DE REFERENCIA	AMBIELACION O PERSONA QUE ENTREGA AL PACIENTE	N° TELEFONO
AMPUTACION O EN BALANZA		OTRO TRANSPORTAR		

2 INICIO DE ATENCIÓN Y MOTIVO

HORA	TRAUMA	CAUSA CLÍNICA	OBST. OBSTÉTRICA	CAUSA QUIRÚRGICA	GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH
NO REFERENCIA A LA POLICIA	OTRO MOTIVO				

3 ACCIDENTE, VIOLENCIA, INTOXICACIÓN, ENVENENAMIENTO O QUEMADURA

FECHA Y HORA DEL EVENTO	LUGAR DEL EVENTO	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO	CUERPO ENTERRADO	AFILIACIÓN O ASESORAMIENTO	OTRO ACCIDENTE
INCIDENTE DE TRÁNSITO	CAÍDA	QUEMADURA	INCIDENTE EN VEHICULO	AFILIACIÓN O ASESORAMIENTO	OTRO ACCIDENTE
ARMAS DE FUEGO	VIOLENCIA FAMILIAR	VIOLENCIA LABORAL	ARMAS DE FUEGO	AFILIACIÓN O ASESORAMIENTO	OTRO ACCIDENTE
INTOXICACIÓN ALCOHOLICA	INTOXICACIÓN A DROGAS	INTOXICACIÓN A DROGAS	INTOXICACIÓN A DROGAS	AFILIACIÓN O ASESORAMIENTO	OTRO ACCIDENTE

LEXIS S.A. ADMITO ESTADOS VALER ALCOHOL

4 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIAS	2. DIABETES	3. ENFERMEDADES CRÓNICAS	4. TRAUMATISMOS	5. ENFERMEDADES AGUDAS	6. FAMILIARES	7. PROBABILIDAD	8. OTRO
-------------	-------------	--------------------------	-----------------	------------------------	---------------	-----------------	---------

5 ENFERMEDAD ACTUAL Y REVISIÓN DE SISTEMAS

VIA AEREA LIBRE	CON CONDICIÓN ESTABLE	CON CONDICIÓN INESTABLE
-----------------	-----------------------	-------------------------

68

8 SIGNOS VITALES, MEDICIONES Y VALORES									
PULSO		TEMPERATURA		PRESIÓN ARTERIAL		PESO		TALLA	
MIN	MAX	ORAL	RECTAL	SISTÓLICA	DIÁSTOLICA	KG	CM	CM	CM
GLUCOSA	COLELITIASIS	COLELITIASIS	COLELITIASIS	COLELITIASIS	COLELITIASIS	COLELITIASIS	COLELITIASIS	COLELITIASIS	COLELITIASIS
7 EXAMEN FISICO Y DIAGNOSTICO									
REGISTRAR ABAJO EL NÚMERO Y LOS VALORES PATOLÓGICOS									
1 VIA AEREA	2 CABEZA	3 GARGALO	4 TORAX	5 ABDOMEN	6 COLUMNA	7 PELVIS	8 EXTREMIDADES		
8 LOCALIZACION DE LESIONES									
REGISTRAR ABAJO EL NÚMERO DE LA REGION CORRESPONDIENTE									
		1 HERIDA PENETRANTE 2 HERIDA CONTINUA 3 FRACTURA EXPUESTA 4 FRACTURA CERRADA 5 CUERPO EXTRAÑO 6 HEMORRAGIA 7 CAÍDAS 8 INCISIONES 9 LACERACIONES 10 DEFORMACIONES 11 HEMATOMAS 12 CRISTALES Y INFLAMACION 13 INFLAMACION/ESQUINCE 14 QUIMIOTERAPIA							
		15 FRACTURAS 16 LACERACIONES 17 DEFORMACIONES 18 HEMATOMAS 19 CRISTALES Y INFLAMACION 20 INFLAMACION/ESQUINCE 21 QUIMIOTERAPIA							
9 EMERGENCIA OBSTETRICA									
REGISTRAR ABAJO COMENTARIOS Y RESULTADOS ANOTANDO EL NUMERO									
EMBRION		FACTORES		ABORTOS		CEREBRO			
PRESENCIA		PRESENCIA		PRESENCIA		PRESENCIA			
C. FETAL		C. FETAL		C. FETAL		C. FETAL			
ALTURA		ALTURA		ALTURA		ALTURA			
DILATACION		DILATACION		DILATACION		DILATACION			
PELUSCULAS		PELUSCULAS		PELUSCULAS		PELUSCULAS			
# SOLICITUD DE EXÁMENES									
REGISTRAR ABAJO COMENTARIOS Y RESULTADOS ANOTANDO EL NUMERO									
1 HEMOGRAFIA		3 QUIMICA		4 BAMBAMETRIA		7 ENDOCRINOLOGIA		8 B. BANCOS	
2 URICEMIA		4 ELECTROLITOS		5 ALBÜMICO		6 B. SINDROME		9 B. SINDROME	
10 COLELITIASIS		11 COLELITIASIS		12 COLELITIASIS		13 COLELITIASIS		14 COLELITIASIS	
# DIAGNÓSTICO DE INGRESO									
REGISTRAR ABAJO COMENTARIOS Y RESULTADOS ANOTANDO EL NUMERO									
# DIAGNÓSTICO DE ALTA									
REGISTRAR ABAJO COMENTARIOS Y RESULTADOS ANOTANDO EL NUMERO									
# PLAN DE TRATAMIENTO									
INDICACIONES					MEDICAMENTO				
					PRINCIPIO ACTIVO, CONCENTRACIÓN Y PRESENTACIÓN				
					FARMACODINAMIA				
					FARMACOCINEMICA				
					EFFECTOS ADVERSOS				
					CONTRAINDICACIONES				
					PRECAUCIONES				
					INTERACCIONES				
					EVIDENCIAS				
					REFERENCIAS				
					OTROS				
# ALTA									
REGISTRAR ABAJO COMENTARIOS Y RESULTADOS ANOTANDO EL NUMERO									
1. NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO		2. NOMBRE DEL PROFESIONAL		3. NOMBRE DEL PACIENTE		4. NOMBRE DEL PROFESIONAL		5. NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	
FECHA		HORA		FECHA		HORA		FECHA	

668

FORMULARIO 010

INSTITUCION DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA	COO. UO	COO. LOCALIZACION			NUMERO DE HISTORIA CLINICA
				FAMILIAR	CARGO	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 BCMETRIA HEMÁTICA PLACLETAS GRUPO SANGUÍNEO RETICULOCITOS HEMATOZOOARIO CÉLULA LE TIEMPO DE COAGULACION		2 UROANALISIS ELEMENTAL Y MICROSCÓPICO GOTA FRESCA PRUEBA DE EMBARAZO		4 QUIMICA SANGUINEA GLUCOSA EN AYUNAS GLUCOSA POST PRANDIAL 2 HORAS UREA CREATININA BILIRUBINA TOTAL BILIRUBINA DIRECTA ACIDO URICO PROTEINA TOTAL ALBUMINA GLOBULINA		TRANSAMINASA PRIMICA (ALT) TRANSAMINASA OXALACÉTICA (AST) FOSFATASA ALCAINA FOSFATASA ACIDA COLESTEROL TOTAL COLESTEROL HDL COLESTEROL LDL TRIGLICERIDOS HIERRO SERICO AMILASA	
INDICES HEMÁTICOS TIEMPO DE PROTROMBINA (TP) T. TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP) DREPANOCITOS COOMBS DIRECTO COOMBS INDIRECTO TIEMPO DE SANGRIA		3 COPROLOGICO COPROPARASITARIO COPROSERIADO SANGRE OCULTA INVESTIGACION DE POLIMORFOS INVESTIGACION DE ROTAVIRUS					

5 SEROLOGIA VIRAL AGRUPACIONES FEBRILES LATEX ASTO		6 BACTERIOLOGIA GRAM ZEHL HONGOS FRESCO CULTIVO - ANTIIDGRAMA MUESTRA DE		7 OTROS	

FECHA	HORA	PROFESIONA	COOGO	FIRMA	NUMERO DE HOJA



INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UD		COD. LOCALIZACIÓN		NUMERO DE HISTORIA CLINICA	
PUEBLO NATIVO		APELLIDO NATALENO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		IDM	
CÉDULA DE IDENTIFICACION		PROFESION SUJETO		SERVICIO		EJEC. C.A.F.A.		FECHA DE EMISION	
PROFESION SUJETO		PROFESION SUJETO		SERVICIO		EJEC. C.A.F.A.		FECHA DE EMISION	
PROFESION SUJETO		PROFESION SUJETO		SERVICIO		EJEC. C.A.F.A.		FECHA DE EMISION	

1. HEMATOLOGICO					3. COPROLOGICO				
HEMOCITO	%	RD	R/G	VCN	REPTERIDOS	COLOR	ESPOCULINA	ESPOCULAS	FIBRAS
VELOCIDAD DE SEDIMENTACION				HCM	ERITROCITOS	DOBLEZ	DEBILIDAD	MICELIOS	ALMIDON
PLAQUETAS				CHCM	GLUCOS	PL	FORMAS	POSO	GRASA
ESQUELETO				CHCM	COCCOS DIRECTO	PROTEZARIOS	BIERE	TRIPS	HELMINTOS
HEMAM	%	BAJOP	%	ANISOCITISMO	COCCOS INDIRECTO				
CAYAD	%	MOHOC	%	POICICIT.	TRIPS DE BARRIA				
SEPRE	%	LEVO	%	ERITROCITOS	DIPTEROCITOS				
SOEM	%	ATPI	%	POICITOMAT	HELMINT BARRIAL				

2. UROANALISIS				4. QUIMICA			
SEDIMENTAL	MICROBIOLOGICO			DETERMINACION	RESULTADO	UNIDAD	REFERENCIA
GRANULAS	LEUCOCITOS POR CAMPO			GLUCOSA			
PR	PROTEINAS POR CAMPO			UREA			
PROTEINAS	LEUCOCITOS POR CAMPO			UREA			
GLUCOSA	GLUCOSA ALTA			UREA			
DETERM	BACTERIAS			UREA			
HEMOCITOM	PROTEINAS			UREA			
REACTIVOS	PROTEINAS			UREA			
URICACIDIDAD	CRISTALES			UREA			
PHENOL	CANBRES			UREA			
LEUCOCITOS				UREA			

6. SEROLOGIA		6. BACTERIOLOGIA		7. OTROS	
VERO	LATEX				
AMBIENTACION	ALTO				

FECHA	HORA	PROFESION	PRIMA	NUMERO DE HOJA
LABORATORIO CLINICO - INFORME				



FORMULARIO 012

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 CIUDADANÍA
SERVICIO		SALA	CAMA	PRIORIDAD			FECHA DE TOMA	
				URGENTE	RUTINA	CONTROL		
1 ESTUDIO SOLICITADO								
R.X. CONVENCIONAL TOMOGRAFIA RESONANCIA ECOGRAFIA PROCEDIMIENTO OTROS								
DESCRIPCION								
PUEDE VALIDARSE			PUEDE SERVIR COMO APOYO			EL MEDICO ESTARÁ PRESENTE EN EL EXAMEN		TOMA DE RADIOGRAFIA EN LA CASA
2 MOTIVO DE LA SOLICITUD								
REGISTRAR LAS RAZONES PARA SOLICITAR A CLARIFICACION DEL DIAGNOSTICO								
3 RESUMEN CLÍNICO								
4 DIAGNÓSTICOS								
CIE - CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES								
PRE. PRESUNTIVO DEF. DEFINITIVO CIE PR DE F								
1								
2								
3								
4								
5								
CODIGO								
FECHA	HORA	PROFESIONA	FIRMA	NUMERO DE HOJA				

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

IMAGENOLOGIA - SOLICITUD



FORMULARIO 053

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		C.C.S. UO		COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA	
						PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA		
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			CEDULA DE CIUDADANÍA	
FECHA DE REFERENCIA		EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL		PRENUNCIOS		EN NUESTRO SERVICIO		NIVEL DE SALUD
ESTABLECIMIENTO AL QUE SE ENVÍA LA REFERENCIA		SERVICIOS QUE ESPERE								

1 MOTIVO DE REFERENCIA

2 RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

3 HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

4 DIAGNOSTICO	PREVIO AL SERVICIO	CIE	ICD		CIE	ICD	CIE	ICD
			10	9				

5 PLAN DE TRATAMIENTO REALIZADO

SEÑALA	CANA	MEDICO	FORMA
--------	------	--------	-------



ACTA ENTREGA RECEPCION DE SERVICIOS DE DIALISIS

LOGOTIPO DEL PRESTADOR

PRESTADOR	
PERSONA DE CONTACTO	
TELÉFONO	E-MAIL
MES Y AÑO DE PRESTACION	CODIGO CIE 10
NÚMERO DE CODIGO DE VALIDACION	
NÚMERO 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 reguados en la normativa legal vigente.
- Además tengo conocimiento al acpite que refiere a la Coordinación de pagos y tarifas que indica textualmente:

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

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

ACUSE RECEPCION DEL SERVICIO

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

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

FIRMA DEL REPRESENTANTE /ACOMPANIANTE

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

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



INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA	
AMBULATORIO		AMBULATORIO	PROFESOR	SERVICIO	GRUPO	GRUPO	FECHA
1. AUTORIZACIÓN PARA CIRUGÍA, TRATAMIENTO CLÍNICO O PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO AUTORIZACIÓN PROFESIONAL TRATANTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD PARA REALIZAR LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS CLÍNICOS PROPUESTOS Y RESEÑADOS PARA EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE							
NOMBRE DEL PACIENTE		PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL		PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	
2. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ABORTO DECLARO QUE SOY UN PROFESIONAL O FUNCIONARIO DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE HE REALIZADO PROCEDIMIENTOS PARA PRODUCIR ESTE ABORTO Y QUE HE INFORMADO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE AL PACIENTE PARA DECIDIR EL TRATAMIENTO NECESARIO PARA SU BIENESTAR							
NOMBRE DEL PACIENTE		PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL		PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	
3. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ABANDONO DE HOSPITAL SIN AUTORIZACIÓN MÉDICA DECLARO QUE HE RETIRO VOLUNTARIAMENTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y EXERCICIO AL PROFESIONAL TRATANTE YA SEÑALADO, POR LO QUE NO ME RESPONSABILIZO POR EL ABANDONO DEL PACIENTE							
NOMBRE DEL PACIENTE		PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL		PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	
4. RETIRO DE MENOR DE EDAD O PERSONA INCAPACITADA DECLARO QUE HE RETIRO AL PACIENTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD SIN RESPONSABILIDAD POR LA AUTORIZACIÓN DEL PROFESIONAL TRATANTE Y SOLO PREVENTIVO DE LOS CON SECUELAS DE ESTE ACTO NO AUTORIZADO Y ASUMO TODA LA RESPONSABILIDAD POR LAS CONSECUENCIAS QUE SE DERIVEN							
NOMBRE DEL PACIENTE		PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL		PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	
5. AUTORIZACIÓN DE EXTRACCIÓN DE ÓRGANOS PARA DONACIÓN Y/O TRASPLANTE AUTORIZACIÓN PROFESIONAL DE SALUD DE ESTE ESTABLECIMIENTO PARA QUE SE REALICE LA EXTRACCIÓN DE LOS ÓRGANOS CORRESPONDIENTES PARA EL TRASPLANTE EN EL RECEPTOR SEÑALADO							
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL		PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	
NOMBRE DEL RECEPTOR		PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL		PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	
6. AUTORIZACIÓN PARA NECROPSIA AUTORIZACIÓN PROFESIONAL TRATANTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO PARA QUE REALICE LA NECROPSIA AL CADÁVER DEL PACIENTE							
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL		PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL		PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL		PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	

SRE-1157-112 U. Form. 404 - 7/9/08

AUTORIZACIÓN, EXONERACIÓN Y RETIRO



INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	CIRCULO	CASA LOCALIZACIÓN	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
FORMA DE PRESENTACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL TRATAMIENTO DE LA COMPLICACIÓN				
1 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO DE:				
PROPÓSITOS		TOMAS Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS		
RESULTADOS ESPERADOS		RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS		
2 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:				
PROPÓSITOS		INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROPUESTAS		
RESULTADOS ESPERADOS		RIESGO DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS		
3 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA PROPUESTA:				
PROPÓSITOS		ANESTESIA PROPUESTA		
RESULTADOS ESPERADOS		RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS		
4 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE				
<p>A. EL PACIENTE O EL TRATANTE DE LA COMPLICACIÓN DEBE ENTENDER LA NATURALEZA Y EL RIESGO DE LA INTERVENCIÓN, LA RAZÓN POR LA QUE SE RECOMIENDA Y LAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES.</p> <p>B. EL PROFESIONAL TRATANTE DEBE INFORMAR AL PACIENTE SOBRE LAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES QUE SE RECOMIENDAN SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA COMPLICACIÓN.</p> <p>C. EL PACIENTE DEBE ENTENDER LA NATURALEZA Y EL RIESGO DE LA INTERVENCIÓN, LA RAZÓN POR LA QUE SE RECOMIENDA Y LAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES.</p> <p>D. EL PACIENTE DEBE ENTENDER LA NATURALEZA Y EL RIESGO DE LA INTERVENCIÓN, LA RAZÓN POR LA QUE SE RECOMIENDA Y LAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES.</p> <p>E. EL PACIENTE DEBE ENTENDER LA NATURALEZA Y EL RIESGO DE LA INTERVENCIÓN, LA RAZÓN POR LA QUE SE RECOMIENDA Y LAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES.</p> <p>F. EL PACIENTE DEBE ENTENDER LA NATURALEZA Y EL RIESGO DE LA INTERVENCIÓN, LA RAZÓN POR LA QUE SE RECOMIENDA Y LAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES.</p> <p>G. EL PACIENTE DEBE ENTENDER LA NATURALEZA Y EL RIESGO DE LA INTERVENCIÓN, LA RAZÓN POR LA QUE SE RECOMIENDA Y LAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES.</p> <p>H. EL PACIENTE DEBE ENTENDER LA NATURALEZA Y EL RIESGO DE LA INTERVENCIÓN, LA RAZÓN POR LA QUE SE RECOMIENDA Y LAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES.</p> <p>I. EL PACIENTE DEBE ENTENDER LA NATURALEZA Y EL RIESGO DE LA INTERVENCIÓN, LA RAZÓN POR LA QUE SE RECOMIENDA Y LAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES.</p> <p>J. EL PACIENTE DEBE ENTENDER LA NATURALEZA Y EL RIESGO DE LA INTERVENCIÓN, LA RAZÓN POR LA QUE SE RECOMIENDA Y LAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES.</p>				
5 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE LEGAL				
<p>EL REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSCIENTE DE LA SITUACIÓN Y HA SIDO CONSCIENTE DE LA SITUACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA COMPLICACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO.</p>				
CONSENTIMIENTO INFORMADO				

7SP

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

LEXISSA.

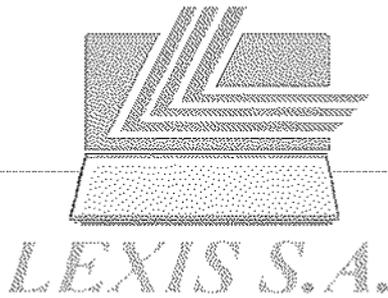
INTERCONSULTAS ESPECIALISTAS

TRATAMIENTO

OBSERVACIONES

70

Profesional Tratante: _____ **Firma:** _____





Ministerio de Salud Pública

Oficio de requerimiento para Muestras Múltiples:

OFICIO No.-----

Ciudad y fecha

Señores: (Nombre del responsable de la derivación de pacientes de la correspondiente Zona,)

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 a (describir la Unidad de Salud)

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

Con sentimientos de distinguida consideración

LEXIS S.A.

Atentamente,

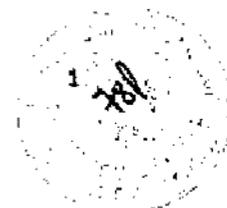
NOMBRE MÁXIMA AUTORIDAD QUE SOLICITA EL SERVICIO

CARGO DE LA AUTORIDAD

NOMBRE DE LA UNIDAD SOLICITANTE



Ministerio de Salud Pública



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**Procedimiento para aplicar el modificador de calidad del Tarifario de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud. Versión 002-2015****A. Marco legal:**

1. Constitución Política de la República artículos: 323, 32, 52, 54, 66(25), 100 (2), 227, 276 (3), 340, 362, 363 (2), 366.
2. Ley Orgánica de Salud artículos: 1, 6 (3), 7 (a) (e) (k), 8 (d), 9 (e) (g) (h).
3. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud artículo 4.
4. Reglamento a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud artículo 15.
5. Tarifario de Prestaciones de Servicios para el Sistema Nacional de Salud.

B. Antecedentes:

En todo el mundo se ha generado un movimiento técnico y participativo que busca acceso universal, equidad, calidad y justicia en el financiamiento para incluir a la calidad no solamente como un objetivo de la gestión de los sistemas de salud, sino como una actitud, una cultura de la organización y de las personas en busca de un mejoramiento continuo de los procesos que se generan para la salud, su cuidado y atención.

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).

Para Donabedian, la calidad es un concepto que debe interpretarse en dos dimensiones íntimamente relacionadas e interdependientes: una técnica para la solución del problema del paciente, y una interpersonal, representada por la relación que se establece entre el proveedor del servicio y el receptor del mismo.

Tomando en cuentas que los procesos de mejoramiento continuo de la calidad producen transformaciones importantes y definitivas en los sistemas de gestión de salud, que derivan en mejor calidad de atención a los usuarios, uso adecuado de los recursos, satisfacción de quienes brindan la atención y de quienes la reciben, además que mejora la calidad del gasto, y que esta búsqueda de la calidad y sus resultados visibles debe ser reconocida, apoyada e incentivada pasivamente, el Tarifario de Prestaciones de Servicios para el Sistema Nacional de Salud (tarifario), 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 Calificación + criterios de calidad	Porcentaje adicional	Proporción de puntaje Calificación + criterios de calidad	Porcentaje adicional	Proporción de puntaje 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 los políticas que se operacionalice mediante criterios de calidad e instrumentos en los que se 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 consiga que 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, donde sus usuarios reciban servicios de calidad, con calidez, beneficiándose la persona, la comunidad y el sector salud.



C. 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 las leyes vigentes sobre el tema, y facilitar su aplicación por las instituciones participantes en la Red Pública Integral de Salud y por la Red Privada Complementaria. El mecanismo, finalmente, será parte de un sistema integral de garantía de la calidad en salud; por sí mismo se establecerá como un proceso que "permita, estimule y retribuya una buena atención a la salud y que desaliente al mismo tiempo comportamientos inadecuados de cualquier índole, ya sea por parte de los médicos, de los usuarios o de los administradores" (Donabedian, 1996).

D. Objetivos:

1. Objetivo general:

Establecer las normas y el procedimiento a seguir, a fin 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.

E. Alcance:

El presente instructivo será de aplicación obligatoria en las unidades de salud tanto de la Red Pública Integral, como en las de la Red Privada (Complementaria) sean prestadores de servicios de salud o financiadores, como aseguradores públicos o Ministerio de Salud Pública.

F. Procedimiento:

1. Definición de los criterios de calidad:

Características de los criterios de calidad:

- a. Acordes con la realidad nacional, y 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:** reconocimiento de la comunidad evidenciado como la preferencia individual y colectiva por el uso de los servicios de una institución.
- d. **Legal:** 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 002-2015"

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 002-2015"
- b. **Autoevaluación:** según el anexo 003 "Matriz de autoevaluación del modificador de calidad, versión 002-2015"



Segunda etapa recepción y codificación de solicitudes:

- a. Recepción de documentos en el Viceministerio de Gobernanza:
 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 002-2015**
- 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"

LEXIS S.A.

- a. Aplicación del anexo 004 "Matriz de evaluación del modificador de calidad".
- 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. Contronación 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 002-2015"



G. Disposiciones generales:

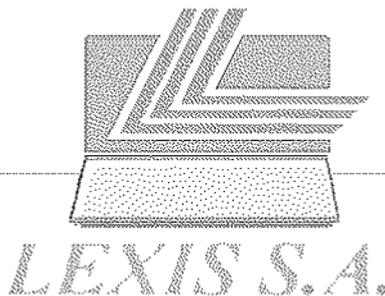
1. Las Instituciones que conforman la RPIS y las que conforman la Red Privada Complementaria designarán un delegado y su suplente para conformar la Comisión Evaluadora.
2. Las Instituciones que conforman la RPIS y las que conforman la Red Privada Complementaria aplicarán la calificación determinada por 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.
5. Los servidores públicos que actúen en el proceso además de lo señalado en el numeral anterior, se sujetarán a lo estipulado en la norma vigente para la Administración Pública.
6. En caso que un funcionario llegase a tener conflicto de intereses por su participación en el proceso, deberá informar oportunamente a la Autoridad designadora para que sea relevado de sus responsabilidades.
7. Los establecimientos que obtuvieran una calificación favorable por el modificador de calidad, podrán utilizarlo como parte de sus actividades de comunicación o publicidad para promocionar su imagen, siempre y cuando se lo haga en términos de profesionalismo y ética.
8. La Autoridad Sanitaria puede difundir las experiencias exitosas para estimular a otros establecimientos en la gestión de calidad, con la confidencialidad de los datos sensibles que sean requeridos por la organización calificada.

H. 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, SOAT, FONSAT, seguros privados y empresas de medicina prepagado 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 Red complementaria 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:

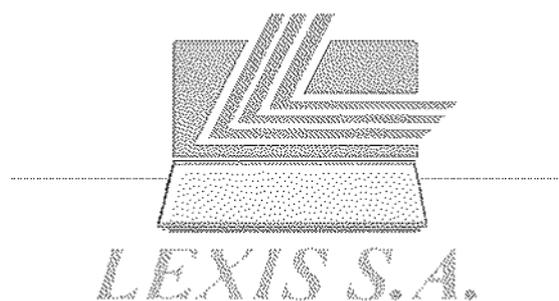
Anexo 001: Formulario de inscripción, versión 002-2015

Anexo 002: Criterios para evaluar la calidad en un prestador de salud, versión 002-2015

Anexo 003: Matriz de autoevaluación, versión 002-2015

Anexo 004: Matriz de calificación, versión 002-2015

Anexo 005: Formato de comunicación de resultados, versión 002-2015



Referencias

1. CENTRO DE GESTIÓN HOSPITALARIA. Premio Calidad en Salud Colombia. Guía para las Instituciones Prestadoras de Salud. Bogotá: El autor, 2001.
2. CONSORCIO CENTRO DE GESTIÓN HOSPITALARIA – CANADIAN COUNCIL ON HEALTH SERVICES ACCREDITATION – QUALIMED. Proyecto Garantía de Calidad. Componente Auditoría, Informe Final Documento de Proyecto. Bogotá: El autor, Junio de 2001.
3. CONSORCIO CENTRO DE GESTIÓN HOSPITALARIA – CANADIAN COUNCIL ON HEALTH SERVICES ACCREDITATION. Proyecto Garantía de Calidad. Componente Acreditación, Manual de Estándares para IPS. Bogotá: El Autor, Junio de 2001.
4. CONSORCIO CENTRO DE GESTIÓN HOSPITALARIA – CANADIAN COUNCIL ON HEALTH SERVICES ACCREDITATION. Proyecto Garantía de Calidad. Componente Habilitación, Manual de Estándares para IPS. Bogotá: El Autor, Junio de 2001.
5. DIPRETE BROWN, Lori; MILLER FRANC, Lynne; RAFEH, Nadwa; HATZELL, Theresa. Garantía de calidad de la atención de salud en los países en desarrollo. Bethesda: Proyecto Garantía de la Calidad USAID. Segunda edición.
6. DONABEDIAN, Avedis. Garantía de Calidad Quién es responsable? Calidad de la Atención en Salud. Volumen 3 Números 1 y 2. Junio de 1.996.
7. DONABEDIAN, Avedis. La Calidad de la Atención Médica. Definición y Métodos de Evaluación. México: La Prensa Médica Mexicana, 1991.
8. FRENK, Julio; GONZÁLEZ-PIER, Eduardo; GÓMEZ-DANTÉS, Octavio; LEZANA, Miguel Ángel; KNAUL, Felicia Marie. Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. México: Revista Salud Pública. Volumen 49, suplemento 1 de 2007.
9. RÍOS MARTÍNEZ, Jesús. Calidad y mejora continua en los servicios de salud. México: Centro Interamericano de Estudios de la Seguridad Social, 2000.
10. ORTUN, Vicente. Los incentivos para la mejora de la calidad en los servicios de salud. Conferencia de clausura del XXIV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial, Toledo 25-27 de octubre del 2006.



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD
--

ANEXO 005: INFORME DE RESULTADOS, VERSIÓN 002-2015
--

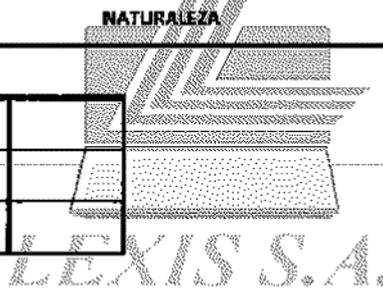
CÓDIGO	
--------	--

FECHA	
-------	--

IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL ESTABLECIMIENTO CALIFICADO

1	RAZÓN SOCIAL	
2	REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUYENTE	

NATURALEZA		
3	PÚBLICO	
4	PRIVADO SIN FINES DE LUCRO	
5	PRIVADO CON FINES DE LUCRO	



6	DIRECCIÓN	
RESULTADOS		

	ETAPA	CALIFICACIÓN
6	AUTOEVALUACIÓN	
7	EVALUACIÓN EN SITIO	

8	MODIFICADOR DE CALIDAD	
---	------------------------	--



COMENTARIOS

RECOMENDACIONES

EVALUADORES

NOMBRE	CARGO	INSTITUCIÓN

Mayo 10 2015 SDS



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD

ANEXO 002: CRITERIOS PARA EVALUAR LA CALIDAD EN UN PRESTADOR DE SALUD, VERSIÓN 002-2015

CRITERIO	INDICADOR	VERIFICADOR	PONDERACIÓN
GESTIÓN ADMINISTRATIVA	Procesos controlados, recursos adecuados para gestión		
1. Relacionamento 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 adecuadamente	Manual, registros	5,00
Reconocimiento usuarios	100% clientes satisfechos	Registros	2,00
Sistema de calidad	Sistema implementado	Procesos, manuales	5,00
TOTAL			20,00

CRITERIO	INDICADOR	VERIFICADOR	PONDERACIÓN
GESTIÓN TÉCNICA MÉDICA	Nivel profesional óptimo		
2. 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	5,00
TOTAL			45,00



	CRITERIO	INDICADOR	VERIFICADOR	PONDERACIÓN
3.	GESTIÓN TALENTO HUMANO	Talento humano calificado, empoderado y con sentido de pertenencia y responsabilidad profesional y social		
	Selección, capacitación y evaluación	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

	CRITERIO	INDICADOR	VERIFICADOR	PONDERACIÓN
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 estandarizadas	2,50
	Referencias usuarios	100% referencias favorables	Certificaciones	2,50
TOTAL				12,50

	CRITERIO	INDICADOR	VERIFICADOR	PONDERACIÓN
5.	SATISFACCIÓN DEL USUARIO	Gestión centrada en necesidades y derechos de usuarios		
	Proceso para la satisfacción del usuario	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
-------------------------	---------------

Mayo 10 2015/SDS



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
 RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD
 ANEXO 003: MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN, VERSIÓN 002-2015

No.	CRITERIO	VERIFICADOR	SI	NO
GESTIÓN ADMINISTRATIVA		Procesos controlados, recursos adecuados para gestión		
1	1.1. Relacionamento 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 sistema 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 lógico y técnico			
	Pacientes reciben atención integral			



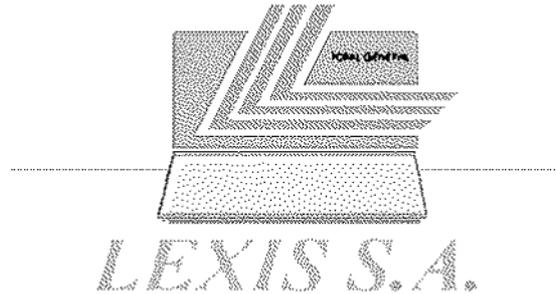
		Proceso de Auditoría de la calidad implementado		
	2.6. Equipo de auditoría de la calidad	Manual de Auditoría		
		Nómina de integrantes del equipo		
		Informes de auditoría		
No.	CRITERIO	VERIFICADOR	SI	NO
	GESTIÓN TALENTO HUMANO	Talento humano calificado, empoderado y con sentido de pertenencia y responsabilidad 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
	GESTIÓN FINANCIERA	Control de recursos eliminando el costo de la no calidad		
4	4.1. Situación económica, seguridad en el uso de los recursos	Balanza aprobada en el nivel correspondiente		
	4.2. Personal capacitado en el manejo de convenio	Personal conoce tarifas, 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 LA SALUD PÚBLICA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD ANEXO DEL MARCO DE EVALUACIÓN, VERSIÓN 002-2015					GRUPO DE CALIFICACIÓN			
Nº	CERTEO	VERIFICADOR	SI	NO	M	M0	P00	
	01 SERVICIOS ESPECIALIZADOS	Proveer servicios de salud especializados para pediatría						
1	1.1 Percepción de la referencia de pacientes pediátricos de otros niveles de atención	Cuenta con programa de derivación de pacientes			13	0		
		Para identificar al estudiante matriculado			13	0		
		El coordinador contacta a los padres matriculados			13	0		
		Forma un convenio con centros de referencia con acreditación			13	0	11	0
	1.2 Control sobre servicios generales en eventos de emergencias	Cuenta con un manual de tiempos de respuesta comunes			03	0		
		Cuenta con un manual de tiempos de respuesta médicos (diagnóstico, estabilización, etc.)			03	0		
		Cuenta con sistema de reserva de citas			03	0		
		Cuenta con planes quincenal de energía eléctrica			03	0	17	0
	1.3 Mantenimiento de equipos de diagnóstico especializado	Cuenta con un manual de mantenimiento			1	0		
		Cuenta con mantenimiento preventivo			1	0		
		Cuenta con mantenimiento correctivo			1	0		
		Cuenta con un plan de renovación de equipos			1	0	13	0
	1.4 Reemplazamiento de partes de equipos	Presenta cartillas de sustitución de partes de equipos			1	0		
		Cuenta con registros de reemplazamiento de partes			1	0	0	0
1.5 Sistema de control de calidad	Cuenta con un sistema de calidad funcionando			7	0			
	Cuenta con el registro de la calidad de servicio			7	0			
	Cuenta con procedimientos escritos			7	0			
	Este funcionamiento es más de la mitad de servicios (o el funcionamiento en materia de la mitad de servicios)			0	0	0	0	
	CERTEO	VERIFICADOR	SI	NO	M	M0	P00	
	02 SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA	Nivel profesional básico						
21	21.1 Atención de urgencias	No existen servicios médicos			0	0		
		No existen servicios administrativos			1	0		
		No existen servicios educativos			0	0		
		No existen servicios culturales			1	0		
		Los servicios están a disposición de todos los pacientes			1	0	21	0
22	22.1 Disponibilidad de la atención en el horario	Se brinda el servicio en horarios que permitan en todo el día o en horarios de atención			2	0		
		Cuenta un cuadro de turnos del personal médico y de enfermería			2	0		
		Se brinda el servicio en el servicio de emergencia			2	0		
		El médico atiende al paciente previo a la evaluación de un diagnóstico			2	0		
		Se brinda la atención prioritaria a la necesidad médica			2	0	22	0
23	23.1 Atención de pacientes con enfermedades crónicas	Cuenta con protocolos y guías de atención para la atención de pacientes crónicos			0	0		
		Cuenta con registros de consentimiento informado para el tratamiento de enfermedades crónicas			2	0		
		Cuenta con equipo de diagnóstico médico			0	0		
		Cuenta con un equipo de enfermería profesional			2	0		
		Cuenta con un equipo de enfermería profesional			2	0	23	0
24	24.1 Seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas	Se atiende los protocolos y guías en la atención de los pacientes			1	0		
		Se atiende al paciente en los horarios			1	0		
		Se brinda el seguimiento de los pacientes			1	0		
		Cuenta con equipos de control de infecciones y otros procedimientos de atención			1	0		
		Se atiende los procedimientos de atención de enfermería			1	0	24	0
25	25.1 Continuidad de la atención de pacientes con enfermedades crónicas	Apoyamos la gestión en otros niveles y niveles			25	0		
		Pacientes reciben atención integral			25	0	25	0
26	26.1 Equipo de diagnóstico de la enfermedad	Presenta de auditoría de la calidad implementada			2	0		
		Manejo de pacientes			1	0		
		Manejo de integrantes del equipo			1	0		
		Manejo de equipos			1	0	26	0
	CERTEO	VERIFICADOR	SI	NO	M	M0	P00	

****		Tiene normas, estándares, procedimientos y estándares de performance y registros de procesos y procedimientos							
I	3.1. Selección, capacitación y evaluación	Cuenta con un proceso definido de selección del talento humano			3	0			
		Cuenta con un plan de capacitación			2	0			
		Tiene un proceso de certificación de profesionales			2	0			
J	3.2. Ambiente laboral	Encuesta laboral			3	0			
		Manual de seguridad y salud ocupacional			2	0	3	0	TOTAL I
No.		CATEGORÍA	VERIFICADO	SI	NO	NO	POI		
No.		Gestión de recursos humanos en el caso de la institución							
J	4.1. Selección, capacitación y evaluación	Política o protocolo de selección de personal			5	0			
		Manual o procedimiento de capacitación y evaluación			3	0			
		Política o protocolo de selección de personal			2	0			
		Manual o procedimiento de capacitación y evaluación			3	0			
No.		CATEGORÍA	VERIFICADO	SI	NO	NO	POI		
No.		Gestión de recursos humanos en el caso de la institución							
E	5.1. Proceso para la selección del personal	Proceso establecido			2	0			
		Estándares establecidos			2	0			
		Comentarios y facilidades para usuarios			2	0			
E	5.2. Gestión de reclutamiento con los usuarios	Unidad o persona encargada de atender/brindar el servicio			2	0			
		Respuesta oportuna y efectiva al servicio de usuarios			2	0	3	0	TOTAL E

Página 10 de 101



Instructivo para la aplicación de los lineamientos del proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud:

1. Introducción:

La garantía del derecho a la salud expresada en la Constitución de 2008, se efectiviza en la oportunidad del acceso a los servicios de salud, los que deben ser gratuitos para el usuario en el sitio de recepción de los mismos.

La Constitución dispone la implementación de la Red Pública Integral de Salud (RPIS), como eje de la prestación de servicios de salud, bajo la rectoría del Ministerio de Salud Pública como Autoridad Sanitaria; por otra parte las leyes del sector salud (Ley Orgánica de Salud y su Reglamento, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y su Reglamento, Ley de Amparo y Derechos del Paciente) dan el marco jurídico para el relacionamiento con las instituciones de salud del sector privado con y sin fines de lucro

La Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud, es el proceso técnico que permite validar la racionalidad del costo de los servicios y su pertinencia médica. Este Instructivo define las principales actividades y documentos que se deben evaluar en el relacionamiento y reconocimiento económico interinstitucional; incluye directrices que estandarizan la operatividad de las actividades del proceso con lo que se establece su transparencia, objetividad y agilidad y se respalda el trabajo de todos quienes participan en el proceso.

El proceso de la Auditoría de Facturación es muy importante dentro de un sistema de calidad de la gestión en salud; aunque es fundamentalmente un proceso de control, puede y debe proveer información técnica para retroalimentar el sistema y mejorar los procesos relacionados, con el consiguiente beneficio para el paciente, la institución que presta los servicios, la institución que financia y el sistema de salud en general. Por tanto la Auditoría de Facturación no es una tarea para legalizar un pago, es un proceso altamente técnico y necesario para el aseguramiento de la calidad de la atención en salud.

2. Marco legal:

Constitución de la República del Ecuador: artículos 3 (1), 9, 11 (3-4-5-8-9), 32, 50, 53, 54, 85, 227, 358, 359, 360, 361, 362, 363 (1, 2.), 365, 366, 368, 369, 370.

Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud: artículos 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11.

Reglamento a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud: artículos 9, 13, 15, 18, 20

Ley Orgánica de Salud: artículos 2, 4, 6, 9 (a, e), 130, 180, 181, 182, 185, 186, 187.

Ley de Derechos y Amparo del Paciente: artículos 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13.

Reglamento para el manejo de información confidencial en el Sistema Nacional de Salud. Acuerdo Ministerial 5216-A de 31 de diciembre de 2014.

Convenio Marco Interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública, 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 para integrar la Red Pública Integral de Salud de Salud. Actualizado el 10 de Mayo de 2015.

Normas de Control Interno para las entidades, organismos del sector público y de las personas jurídicas de derecho privado que dispongan de recursos públicos.

Oficio Nro. 17729CJ de Junio de 2014, mediante el cual la Contraloría General del Estado se pronuncia favorablemente sobre la aplicación de la técnica del muestreo en la revisión de pertinencia técnica médica.

Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

LEXIS S.A.

3. Definiciones:

1. **Auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud:** revisión sistemática, organizada, independiente y técnica de la documentación enviada por los prestadores u servicios, para el reconocimiento económico por parte de los financiadores de la prestación sanitaria. Esta revisión garantiza que la documentación, procesos y procedimientos en ella reflejados se ajustan a los términos de la relación interinstitucional y lo establecido en los convenios u otros acuerdos técnicos y legales vigentes entre las partes. Como componente de la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud del Sistema Nacional de la Calidad, la Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud promueve el control interno de la calidad técnica y administrativa de las instituciones y el respeto a los derechos de los pacientes.
2. **Beneficiario:** usuario / paciente que recibe la atención de salud en un prestador de servicios de salud.
3. **Certificado de afiliación:** documento que certifica si una persona es o no beneficiaria de una institución de seguridad social, tiene igual validez si el documento se lo obtiene en línea

- desde la página web de las Instituciones, o si es un documento entregado en sus dependencias.
4. **Código de validación:** registro documentado alfa numérico, emitido de forma física o electrónica por los subsistemas, como autorización para la entrega de una prestación o servicio a sus pacientes.
 5. **Débito:** descuento definitivo al monto solicitado por el prestador una vez que la objeción señalada no ha sido justificada por el prestador, o si la justificación no es suficiente para aclarar la objeción.
 6. **Documento de identidad:** se considera para efectos del proceso a la Cédula de Ciudadanía, Cédula de Identidad, Pasaporte, Partida de Nacimiento, Certificado de Nacido Vivo, Tarjeta Índice o la Consulta en la página Web del Registro Civil.
 7. **Documento validado:** aquel que contiene el sello de la Institución y firma del responsable de su emisión.
 8. **Evidencia documental para el control técnico médico:** conjunto de documentos técnicos médicos enviados por el prestador como respaldo a las prestaciones dadas a un paciente.
 9. **Expediente:** conjunto de documentos técnicos y administrativos resultante de las prestaciones de salud brindadas a un paciente en una atención determinada, en un servicio ofertado por el prestado
 10. **Factura:** documento que representa el soporte legal de cobro de un prestador de servicios de salud a una entidad responsable del pago de servicios de salud, por venta de bienes o servicios suministrados o brindados por el prestador, que debe cumplir los requisitos exigidos por el SRI, y refleja la transacción efectuada.
 11. **Hallazgo:** identificación realizada por el médico auditor/evaluador, resultante de la evaluación de la evidencia documental presentada por el prestador y de su confrontación contra criterios de la auditoría y de la evidencia científica; describe la comparación de lo observado contra los criterios técnicos, detallando que, como y porque se incumple y debe estar documentado.
 12. **Informe de liquidación de auditoría de facturación de servicios de salud:** detalle que refleja los valores solicitados, objetados y aprobados como resultado del proceso de control documental, control técnico médico y de tarifas.
 13. **Informe técnico médico.-** reporte de auditoría de la pertinencia médica sobre los hallazgos producto de la evaluación realizada a los documentos del expediente.
 14. **Muestreo:** técnica para la selección de una muestra a partir de una población, que permite extrapolar sus propiedades al universo, con un grado de confiabilidad determinada y ajustada a criterios específicos ⁽³⁾
 15. **Objeción:** es toda aquella acotación técnica del equipo auditor que puede ser solventada, aclarada por el prestador al completar la información o justificada con soportes adecuados. Puede ser de dos tipos:

16. **Objeción parcial:** que afecta a un componente o ítem de la planilla y que permite se continúe la auditoría. Se realiza la objeción y se procede al pago de lo no objetado; lo objetado se informa al prestador en el reporte de auditoría para la respectiva justificación. En este tipo se incluyen las objeciones por fármacos, suministros, dispositivos, cálculo de honorarios, entre otras.
17. **Objeción total:** que afecta a todo el expediente, no faculta para el pago del expediente, pero la auditoría debe ser completada en sus tres fases. Se informa al prestador en el reporte de auditoría para la debida justificación. En este tipo de objeción se incluye la falta de documentos técnicos o administrativos detallados en cada tipo de servicio.
18. **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, no necesita aclaración por parte del prestador, pero si requiere acciones administrativas de mejora. Las observaciones deben incluirse en el reporte de auditoría o en el informe de liquidación como recomendaciones. Entre las causas de observación está la calidad de la información del formulario 053 que no es atribuible al prestador de servicios.
19. **Pago parcial:** pago habilitado por el proceso de auditoría sobre un expediente y que admite un reconocimiento adicional posterior, con base en las justificaciones que el prestador entregue. El pago parcial no constituye abono al trámite.
20. **Pago final:** pago definitivo habilitado por el proceso de auditoría de la calidad de la facturación sobre los servicios de salud brindados a un paciente, y que cierra el proceso. No admite un reconocimiento adicional posterior.
21. **Planilla consolidada:** resumen organizado en orden alfabético de todos los pacientes atendidos por mes y tipo de servicio.
22. **Planilla individual:** detalle consecutivo, de registro diario, valorado unitariamente, de los procedimientos, fármacos, insumos, materiales, actividades, etc. correspondiente a la prestación brindada a un paciente durante la atención de salud.
23. **Trámite:** conjunto de expedientes por las atenciones dadas a los pacientes, en un período de tiempo determinado, para los fines del presente documento el período es un mes calendario. Un trámite debe reunir todos los expedientes de un mes por cada tipo de servicio, esto es uno por hospitalización, uno por emergencia, uno por ambulatorio, etc.
24. **Trámite rechazado o devuelto:** corresponde al conjunto de documentos verificados en Recepción Documental y/o Revisión Documental, que no cumplen con los requisitos de la

norma vigente., por tanto no continúa el proceso. Esta devolución no se constituye una objeción.

4. Objetivos del proceso:

4.1. Objetivo general:

Habilitar el pago de las prestaciones a través de la verificación sistemática de la pertinencia administrativa, técnica y de tarifas a los documentos emitidos por los prestadores de servicios de salud; validando el pago total o parcial, por concepto de servicios de salud entregados a los usuarios en prestadores de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria, según los términos señalados en las respectivas normas legales y administrativas de referencia.

4.2. Objetivos específicos:

1. Validar el pago de los valores de las prestaciones brindadas a los pacientes, según los criterios de pertinencia médica y las disposiciones administrativas - financieras de la norma vigente.
2. Validar el pago de las prestaciones correspondientes al levantamiento de objeciones brindadas a los pacientes, según los criterios de pertinencia médica y las disposiciones administrativas - financieras de la norma vigente, con base en los sustentos presentados por el prestador.
3. Proveer información técnica que permita al Sistema de Auditoría de Calidad en Salud, en el área que corresponda, evaluar la efectividad de los mecanismos de referencia y derivación de pacientes entre los diferentes niveles de atención y entre los diferentes actores de la RPIS y RPC.
4. Racionalizar y controlar el gasto por prestaciones brindadas a pacientes referidos/derivados a unidades de la RPIS y/o de la RPC, a través de un adecuado control técnico médico y administrativo que evalúe y monitoree dicho proceso.

5. Alcance

Se aplicará obligatoriamente en los subsistemas (financiadores/aseguradores y a los prestadores) que conforman la RPIS, para la revisión de las cuentas por los Servicios de Salud brindados en el territorio nacional por los prestadores de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria.

6. Finalidad

Contribuir al aseguramiento de la calidad de la atención en salud, mediante la validación de la pertinencia y racionalidad de las actividades realizadas por los prestadores de servicios de salud para atender las necesidades de los usuarios.

6.1. Para el financiador:

1. Validar la existencia y consistencia de los documentos habilitantes.
2. Validar la pertinencia de los procedimientos aplicados a los pacientes.
3. Validar la racionalidad de las tarifas aplicadas por los prestadores de servicios de salud.
4. Garantizar el cumplimiento de los convenios y acuerdos entre las partes y con el paciente.
5. Validar la racionalidad de los pagos aplicados por la atención en salud de una persona o un grupo de beneficiarios.

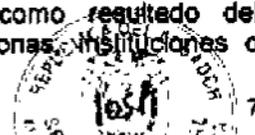
6.2. Para el prestador:

1. Promover la calidad técnica y administrativa en la organización.
2. Promover el respeto de los derechos del paciente.
3. Proveer los elementos necesarios para justificar los cobros por las atenciones generadas en la unidad de salud, de acuerdo con la norma vigente.
4. Impulsar la correcta aplicación de los procesos que respalden el cumplimiento de los convenios y acuerdos interinstitucionales.
5. Asegurar que todos los procedimientos realizados se incluyen en el cobro.
6. Promover la aplicación de los algoritmos, protocolos y guías de atención.

7. Principios generales de la auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud

1. Los lineamientos de auditoría son de obligatoria aplicación en todas las instituciones de la Red Pública Integral de Salud (prestadores y financiadores/aseguradores) y en aquellas de la Red Privada Complementaria en su relacionamiento con la RPIS.
2. De ninguna manera la auditoría aplicará criterios personales, discrecionales o requerirá información diferente a la señalada en la norma nacional.

3. El control técnico médico utilizará la técnica del muestreo, según la norma emitida para tal fin por la Autoridad Sanitaria.
4. El control documental debe revisar el total del universo de la solicitud presentada por el prestador.
5. 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.
6. De acuerdo con el Reglamento para el Manejo de Información Confidencial en el Sistema Nacional de Salud, el financiador/asegurador no puede requerir al prestador la entrega de una historia clínica o su copia sin el permiso firmado del paciente o representante legal de quien corresponde la historia. ⁽⁵⁾
7. El mismo procedimiento operativo que se describe en estos lineamientos, se aplicará para la evaluación de la información y documentos enviados para el levantamiento de objeciones.
8. La pertinencia médica de los procedimientos brindados a los pacientes, considerará la oportunidad, integralidad y continuidad de la atención y será determinante para el pago.
9. 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.
10. Para la auditoría de los servicios de salud se podrá utilizar aplicativos o sistemas informáticos que apoyen a dar agilidad al proceso; dichas herramientas deberán estar debidamente probadas y garantizar la confiabilidad de sus resultados, adicionalmente deberán incluir pistas de auditoría y registros de control de los usuarios que aseguren la inviolabilidad de lo actuado. Estos aplicativos/sistemas contarán con la validación de la RPIS y la aprobación de la Autoridad Sanitaria previa a su implementación.
11. 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, auditoría de terreno o calificación de prestadores de servicios de salud.
12. El trabajo se realizará con independencia, integridad y objetividad.
13. En todo momento del proceso se garantizará la confidencialidad de la información de cada paciente.
14. En todo momento del proceso se garantizará la confidencialidad de la información del prestador de servicios de salud.
15. Los funcionarios no pueden utilizar la información recopilada como requisito del cumplimiento de sus tareas, para el beneficio de terceros (personas, instituciones o empresas).



16. Los funcionarios no pueden utilizar la información de su trabajo para afectar aspectos legales o éticos de cualquier índole, o para causar perjuicio a una persona o a una institución.
17. Los funcionarios que trabajen en este proceso no pueden ser parte de actividades o responsabilidades que causen conflicto de interés con personas o instituciones o pérdida de la objetividad en su trabajo.
18. El incumplimiento de estos lineamientos, normas y disposiciones legales será motivo de las sanciones correspondientes, respetando el debido proceso.
19. 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, no es causa de débito al prestador y sí de observación al derivador.
20. La mala calidad de la información del formulario 053 no es causa de objeción o débito al prestador pues la elaboración no es de su responsabilidad; es causa de observación derivador.

8. Fases de la auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud

Contempla tres fases: control documental (revisión documental y recepción documental), control técnico médico (revisión de pertinencia técnica médica); y, control de tarifas o liquidación (revisión técnica de tarifas y derechos).

8.1. Fase de control documental.

Es el proceso en el que el técnico recibe y valida la documentación presentada por un prestador solicitando un pago. Comprende dos pasos: Recepción Documental y Revisión Documental.

Procedimientos operativos en la recepción documental:

La recepción documental verifica que los documentos requeridos en los acuerdos/convenios estén presentes físicamente (existencia), según detalle en cada tipo de servicio. Ver lista de chequeo. Quien realice este proceso deberá revisar la existencia, las condiciones físicas de la documentación, en relación al trámite: orden, organización, legibilidad e indemnidad de los documentos:

1. *Oficio de solicitud de pago,*

- a. Que se haya emitido a nombre de la autoridad máxima de la Coordinación Zonal/Dirección/Subdirección responsable del pago en cada subsistema.
- b. Que exista un oficio 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 2015, servicio hospitalización.

- c. Que el valor solicitado sea el correcto de acuerdo a la Planilla consolidada.
- d. Que registre el número de expedientes.
- e. Que el oficio sea documento original debidamente validado.

2. Planilla consolidada,

- a. Que corresponda al mes y año de prestación y tipo de servicio objeto de la solicitud de pago, debidamente validado.
- b. Que incluya el listado completo de los pacientes en orden alfabético.
- c. Que registre un valor solicitado por cada paciente y el valor total solicitado.
- d. Documento original debidamente validado.

3. Consistencia entre Oficio y planilla consolidada:

- a. Que el valor solicitado sea el mismo en los dos documentos.
- b. Que el mes y año de prestación sea el mismo en los dos documentos.
- c. Que el tipo de servicio sea el mismo en los dos documentos.

4. Verificación de la cantidad de expedientes

Confirmar que los expedientes presentados físicamente estén en el mismo orden alfabético de la Planilla consolidada, para lo cual verificará los nombres de los pacientes uno a uno, contra este documento.

5. Archivo de Información digital o magnética.

Confirmar que la documentación física del trámite sea la misma que la Información digital entregada por el prestador.

Una vez realizado el Control Documental, aplicará los siguientes condicionantes:

1. Si no cumple con lo indicado en cualquiera de los ítems anteriores, el trámite no se recibe y se devuelve al prestador, llenando la lista de chequeo por tipo de servicio. Esta devolución no cuenta como objeción.
2. Si cumple con todo lo indicado en los ítems anteriores, se recibe la documentación.
3. Para el caso de levantamiento de objeciones debe existir la copia del Informe de Liquidación de la primera auditoría, en base de la cual se verificará el cumplimiento del plazo para este efecto.

4. Registrar en la Hoja de Ruta los trámites ingresados, con el número asignado al mismo, (Para el MSP Registro Archivo Control RAC). Y continúa el flujo del proceso en Revisión Documental.

Procedimientos operativos de la revisión documental:

La revisión documental: verifica que la información registrada en los documentos habilitantes que envía el prestador, según indica la normativa, sea clara, apropiada y suficiente, para la revisión técnica de pertinencia médica y la liquidación de tarifas (consistencia), según detalle en cada tipo de servicio conforme a las listas de chequeo.

1. En el expediente

- a. Que en cada expediente la documentación de la información presentada corresponda al mismo paciente, mes, año y tipo de servicio.

2. En la planilla individual

- a. Nombres completos del paciente que recibió la prestación.
- b. Que la fecha de la atención esté en el rango del mes facturado.
- c. Código CIE 10 para diagnósticos principal y/o secundario.
- d. Número del documento de identificación del beneficiario.
- e. Prestaciones brindadas por día con su respectivo valor por cada prestación dada.
- f. Valor total solicitado.
- g. La planilla individual debe ser original y debidamente validada.

Recordar que si en la Planilla Individual existe la firma del paciente o su representante o s. acompañante, este documento se constituye en el acta entrega recepción.

3. En el código de validación:

- a. Que corresponda a la fecha de atención.
- b. Que corresponda al servicio entregado.

4. En el acta entrega recepción

- a. Que sea original
- b. Que corresponda a la fecha del servicio recibido.
- c. Que indique el servicio recibido.
- d. Que contenga la firma del paciente o su representante o acompañante; conforme a los documentos de identificación.

- e. Que contenga el sello de la Institución prestadora del servicio de salud y la firma del prestador.
- f. Que contenga los siguientes datos:
 - Nombre del Prestador
 - Persona de Contacto (Institución Prestadora de Servicios de Salud)
 - Teléfono (Prestador de Servicios de Salud)
 - Correo Electrónico (Prestador de Servicios de Salud)
 - Mes y año de prestación
 - Diagnóstico / Código CIE 10
 - Servicio Entregado
 - Número del Código de Validación
 - Número de Historia Clínica
 - Número del documento de identidad del paciente.
 - Nombre del Paciente (Apellidos y Nombres)
 - Acuse de Entrega del Servicio (Nombre, firma y sello del Responsable de la Unidad Prestadora)
 - Fecha de firma del acta.
 - Acuse Recepción del Servicio (Nombre, Nro. de documento de Identidad, firma) del paciente o su acompañante.
 - Certificación de firmas.

Se revisará el Acta entrega Recepción en los casos que la norma lo dispone, esto es para el servicio de Hospitalización, Diálisis y Ambulatorios con Procedimientos de Intervencionismo.

5. En los documentos de identificación:

- a. Que corresponda al beneficiario.
- b. Que corresponda al representante o acompañante, si es quien firma la Planilla Individual o Acta Entrega Recepción.

c. Que la copia o impresión sea clara y legible.

00005309

6. En los certificados de afiliación

- a. Que incluya los tres certificados (IESS – ISSFA- ISSPOL) indicando a que subsistema pertenece.
- b. Que la fecha de emisión o consulta corresponda a la fecha de la prestación del servicio.

7. En los formularios médicos

- a. Que correspondan al tipo de servicio brindado (Hospitalización, Emergencia, Ambulatorio, Pre hospitalario, Diálisis)
- b. Que correspondan al paciente que recibió la prestación. Revisar Documentos habilitantes en la Lista de Chequeo

8. En el Informe de liquidación de la Primera Auditoría

- a. Que corresponda al trámite objetado.
- b. Que exista la documentación solicitada para justificar la objeción.

Se revisará en casos de solicitud de levantamiento de objeciones

9. En la planilla de cargos emitida al SOAT / SPPAT

- a. Que corresponda al paciente.
- b. Que corresponda al evento.

Se revisará para pacientes víctimas de accidentes de tránsito.

10. En el Informe médico trimestral

- a. Que pertenezca al beneficiario
- b. Que sea original
- c. Que esté debidamente validado.
- d. Que corresponda al período auditado.

Se revisará en los trámites de servicios de Diálisis.

11. En el registro de asistencia

- a. Que pertenezca al beneficiario
- b. Que sea original
- c. Que esté debidamente validado.
- d. Que corresponda al período auditado

Se revisará en los trámites de servicios de Diálisis.

12. Si producto de la Revisión documental se encuentran un porcentaje de objeción igual o mayor al 10%, el trámite será devuelto al prestador. Esta devolución no se constituye en objeción.
13. Una vez concluido el Control Documental en su fase de revisión se emitirá el correspondiente Informe, con firma de responsabilidad. Quien realice esta función deberá señalar claramente los comentarios que realiza a los expedientes ya sean observaciones, objeciones o débitos.

8.2. Fase de revisión de control técnico médico, revisión de pertinencia técnica médica

Es un proceso técnico en el que el médico evalúa la razonabilidad y pertinencia de los procedimientos médicos aplicados al paciente, frente a los protocolos nacionales o, a falta de ellos, a la buena práctica de la medicina basada en evidencia, o a los protocolos institucionales. La pertinencia de los procedimientos odontológicos será realizada por un odontólogo. En ningún caso podrá ser realizada por un profesional distinto a los profesionales señalados.

De ninguna manera esta revisión aplicará criterios personales discrecionales y debe ajustarse a los lineamientos señalados en esta norma, sin embargo para la justificación de objeciones podrá solicitar información técnica ampliatoria para aclarar inquietudes razonables. La información a la que se hace referencia puede ser un informe técnico, un reporte médico pero no la entrega de la historia clínica.

La revisión de pertinencia técnica médica, utilizará la técnica de muestreo para su trabajo, de acuerdo con la Norma Técnica para el procedimiento de evaluación, selección, calificación y adquisición de servicios de salud de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria., modificada con Acuerdo Ministerial 4904 de 20 de junio de 2014 que dice:

Art. 1.- En el numeral 3. Definiciones al final inclúyase las siguientes definiciones:

Muestreo: es la técnica para la selección de una muestra a partir de una población, que permite extrapolar sus propiedades al universo, con un grado de confiabilidad determinada y ajustada a criterios específicos.

Criterios selección de la muestra para el componente de pertinencia médica de la auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud:

Dependiendo del tipo de servicios de salud, la homogeneidad de sus características, la historia de auditorías del prestador y el volumen documental, se podrán utilizar los siguientes criterios para evaluar la pertinencia médica de los servicios de salud facturados:

- Revisión del 100% del universo de los expedientes.
- Revisión de expedientes con características específicas, según criterio de expertos.
- Revisión por muestreo aleatorio estratificado por nivel de complejidad y tipo de servicio.

Art. 2.- En el numeral 5. Disposiciones específicas, punto 5.7.3 Mecanismo de Pago, a continuación del sexto inciso, inclúyase el siguiente texto:

"El componente de la pertinencia médica de la Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud, dependiendo del tipo de servicios de salud, la homogeneidad de sus características, la historia de auditorías del prestador y el volumen documental, para su ejecución utilizará cualquiera de los criterios de selección de la muestra definidos en la Sección 3 del presente instrumento, según definición emitida para tal fin por la Autoridad Sanitaria Nacional".

Procedimiento operativo del control técnico médico:

El profesional médico que realice este proceso deberá evaluar la razonabilidad y consistencia del contenido de la información de los documentos médicos que se constituyen en evidencias para su trabajo y con este criterio procederá a:

1. Verificar la existencia del Informe de Revisión Documental el cual debe ser original y contener el nombre, cargo y la firma de responsabilidad de quien lo elaboró.
2. Verificar que los registros clínicos detallan en forma completa y veraz el estado del paciente.
3. Verificar correlación entre estudios pedidos y realizados al paciente con diagnósticos presuntivos y diferenciales.
4. Verificar la correlación de tratamientos clínicos o quirúrgicos aplicados al paciente con la patología.
5. Verificar correlación de materiales utilizados con el o los procedimientos realizados.
6. Verificar la correlación de los fármacos utilizados con el diagnóstico y procedimientos.
7. Verificar si los fármacos utilizados están incluidos en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos; en caso de no estar en el CNMB y haberse utilizado, deberá verificar que el prestador justificó su utilización con el respectivo Informe

8. Verificar que los esquemas y dosis utilizados en el tratamiento del paciente corresponden a lo señalado en los protocolos nacionales o, a falta de ellos, a la buena práctica de la medicina basada en evidencia, o a los protocolos institucionales.
9. Verificar la correlación de los días estancia hospitalaria y diagnóstico.
10. Verificar si la causa de la hospitalización del paciente en la institución que está brindando la atención, se ajusta al nivel de complejidad de dicha entidad.
11. Verificar que en la atención del parto los prestadores den cumplimiento a lo manifestado mediante el Acuerdo Ministerial No. 00004779 de fecha 15 de marzo 2014, referente a la obligatoriedad del tamizaje Neonatal.
12. Verificar el Informe médico sobre la realización de procedimientos diferentes y/o adicionales a los solicitados en los pedidos del derivador, de ser el caso.

Con esta información procederá a definir los hallazgos de auditoría y deberá:

1. Determinar observaciones, objeciones y débitos.
2. Elaborar el Informe de Pertinencia médica, estableciendo las observaciones, objeciones o débitos, este documento debe estar debidamente validado. El Informe debe ser suficientemente explícito para facilitar la tarea del levantamiento o no de la objeción, tomando en cuenta que el prestador tiene una sola oportunidad para justificar.

En el proceso:

1. No será motivo de objeción o débito el material e insumos que, aunque no hayan sido utilizados en un procedimiento por causa de fuerza mayor 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 un segundo paciente. Esta situación debe ser informada al financiador el mismo día del hecho, señalando el destino de los materiales e insumos para la respectiva verificación, de considerarse necesario.
2. No será motivo de observación o débito la realización de un procedimiento adicional o diferente al requerido en el formulario 053 siempre y cuando este tenga una razón técnica para utilizarlo y sea informado, preferiblemente antes de realizarlo o en el primer día laboral si el hecho se dio en un día no laborable. Adicionalmente deberá presentar un informe técnico que justifique la pertinencia de lo actuado.
3. No será motivo de objeción o débito el uso de ambulancia para transportar pacientes desde una unidad de salud a otra con la finalidad de recibir atención médica; tampoco se objetará o debitará el uso de ambulancia para transportar pacientes desde una unidad de salud hacia su hogar al recibir el alta médica, cuando este servicio tenga una justificación médica o de Informe social, tales los casos de pacientes que estén utilizando equipos de

soporte vital, tengan discapacidades que impidan la utilización de transporte común o particular, pacientes en situación de abandono, etc. Esta condición la validará el médico auditor y se pagará con los valores señalados en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud.

8.3. Fase de control de tarifas y liquidación, revisión técnica de tarifas y derechos.

Es un proceso técnico en el que quien lo realiza aplica su conocimiento de la norma, del proceso, de los lineamientos técnicos y utiliza las herramientas informáticas dispuestas, para determinar si las tarifas presentadas en la planilla de cargos, motivo de la revisión, son las señaladas en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud vigente y en los acuerdos institucionales específicos alcanzados mediante el proceso de negociación, que se reflejan en los respectivos convenios.

En la auditoría de facturación la revisión de los documentos médicos se realiza para establecer criterios administrativos que lleven a la verificación de valores económicos. La realizarán profesionales o técnicos con formación Administrativa y/o Financiera.

8.3.1. Procedimiento operativo para el control de Tarifas y Liquidación (revisión de tarifas y derechos).

Quien realice este proceso deberá cumplir los siguientes pasos:

1. Verificar la existencia de los Informes de Revisión Documental y Control Técnico Médico, los cuales deben ser originales y contener el nombre, cargo y la firma de responsabilidad de quienes los elaboraron.
2. Comparar los valores tarifados y los valores definidos en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, o en el convenio firmado entre el financiador y el prestador de servicios. El Tarifario se constituye en el techo máximo para el reconocimiento económico por servicios de salud en el país.
3. Realizar los ajustes necesarios entre las tarifas señaladas por el prestador y lo expresado en el Tarifario o convenio, de manera que reflejen los acuerdos nacionales e institucionales.
4. Realizar los ajustes necesarios entre el número de prestaciones señaladas por el prestador y las autorizadas por control técnico médico.

5. Realizar los ajustes necesarios entre el valor de los procedimientos señalados por el prestador y el establecido en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud o convenios.
6. De los pacientes víctimas de accidente de tránsito que no se duplique la solicitud de pagos entre la Planilla de cargos enviados al SOAT – SPPAT y la enviada al Subsistema correspondiente.

Con esta información proceder a:

1. **Elaborar el informe de liquidación y validarlo con los siguientes datos:**
 - Fecha del Informe de Liquidación
 - Mes y año del Servicio
 - Número de trámite
 - Nombre del Prestador
 - Tipo de Servicio
 - Nombre del Responsable de la Revisión Documental / Control Documental
 - Fecha de conclusión de la Revisión Documental / Control Documental
 - Nombre del Responsable de la Revisión Médica / Control Técnico Médico
 - Fecha de conclusión de la Revisión Médica / Control Técnico Médico
 - Nombre del Responsable de la liquidación / Control Tarifas
 - Fecha de conclusión de la Liquidación / Control Tarifas.
 - Cuadro de Detalle
 - Número de Código de Validación
 - Número de Documento de Identificación.
 - Nombre del Beneficiario / Paciente (En orden alfabético)
 - Valor Solicitado
 - Valor Objetado

- Valor Aprobado
 - Elaborado por: (firma, nombre, cargo, número de cédula de ciudadanía).
 - Revisado por: (firma, nombre, cargo, número de cédula de ciudadanía); del o la Responsable del Proceso de Auditoría de la Calidad de la Facturación de Servicios de Salud.
- 2. Dar a conocer al prestador el resultado de la Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud (Informe de liquidación) con el detalle de los valores objetados y aprobados y el Detalle de Objeciones por cada expediente en caso de existir.
 - Si en el resultado de auditoría existen expedientes con objeción total, estos serán devueltos al prestador quien está obligado a retirarlos de la Institución Financiadora. Se procederá a la elaboración del Acta Entrega Recepción de Expedientes Objetados.
 - Si la objeción es parcial, el Informe – Detalle de Objeciones; debe señalar claramente la causa de la objeción y el documento o información adicional que se requiere para aclarar el motivo de la objeción y levantarla.

Gestión de control documental previo al pago

El proceso administrativo financiero de cada subsistema responderá a las normas financieras legales, se recomienda aplicar a todos los subsistemas esta fase de gestión operativa normal en el MSP.

En la gestión documental previa al pago, deberá revisar la organización, existencia y consistencia de la documentación que se enviará como soporte de los pagos. La realizarán profesionales o técnicos con formación Administrativa y/o Financiera

Procedimientos operativos de la gestión documental:

1. Clasificar y organizar la documentación habilitante de envío para el pago y la documentación de respaldo de la gestión de auditoría de facturación de la calidad de los servicios de salud para el archivo respectivo.
2. Elaborar la matriz de requerimiento de presupuesto para el pago.
3. Dar seguimiento al trámite de requerimiento.
4. Solicitar factura a los prestadores.

5. **Elaborar memorando de solicitud de pago.**
6. **Enviar la documentación habilitante a la unidad operativa correspondiente.**

Documentos habilitantes para el pago.

Documentos que conforman el expediente, en base del cual la unidad operativa, procederá al pago.

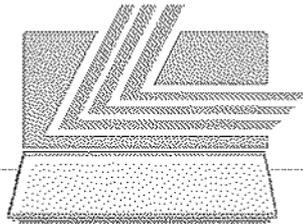
1. Memorando de solicitud de pago (Original)

- 1.1. **Uno por cada mes y por tipo de servicio.**
- 1.2. **Nombre de la Institución Prestadora a quien se dirige el pago.**
- 1.3. **Partida Presupuestaria a la que aplica el pago.**
- 1.4. **Mes y año de prestación del servicio.**
- 1.5. **Valor aprobado para el pago.**
- 1.6. **Número de factura enviada por el proveedor y adjunta al trámite**
- 1.7. **Cuadro consolidado que detalla los pacientes atendidos en el servicio y en el mes, con valores aprobados por cada uno.**
- 1.8. **Código de Validación al que refiere la atención por paciente.**
- 1.9. **Certificación del cumplimiento cabal de los procedimientos de Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud.**
- 1.10. **Certificación de la no duplicación del pago.**
- 1.11. **Firma y sello de responsabilidad.**
- 1.12. **Indicar expresamente que los respaldos (documentos habilitantes para el proceso de la Auditoría de Facturación de Servicios de Salud) a la que refiere el Memorando, se encuentran en los Archivos de la Unidad responsable del proceso.**

2. Factura original enviada por el prestador. (Original)

- 2.1. **Todos los requisitos dispuestos por el SRI.**
- 2.2. **RUC a nombre de la entidad que emite el pago.**
- 2.3. **En el concepto detallar:**

- 2.4. Por tipo de servicio:(hospitalización, emergencia, diálisis, pre hospitalario, consulta externa
 - 2.5. Número de Pacientes
 - 2.6. Mes y año de la prestación
 - 2.7. Número del Trámite.
 - 2.8. Firma y sello de responsabilidad del emisor (Institución Prestadora) y de quien recibe conforme (Institución Financiadora).
- 3. Oficio (Original), documento que encabeza el trámite de solicitud de pago de las prestaciones por mes y por tipo de servicio.**
- 3.1. Enviado por el prestador del servicio de salud, recibido con el trámite.
 - 3.2. Nombres completos y cargo de la máxima autoridad de la entidad prestadora del servicio o su delegado.
 - 3.3. Mes, año y tipo de servicio.
 - 3.4. Monto solicitado.
 - 3.5. Número de expedientes.
 - 3.6. Firma y sello de responsabilidad.
- 4. Planilla consolidad (Original).**
- 4.1. Enviada por el prestador del servicio de salud, recibido con el trámite.
 - 4.2. Número de trámite
 - 4.3. Tipo de servicio
 - 4.4. Monto solicitado
 - 4.5. Mes y año de prestación.
 - 4.6. Número de expedientes
 - 4.7. Número ordinal por cada beneficiario.
 - 4.8. Número de código de validación por la atención de cada paciente.



LEXIS S.A.

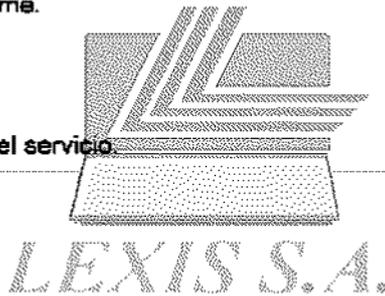
- 4.9. Número de Documento de Identificación del beneficiario.
- 4.10. Listado de pacientes en orden alfabético (Apellidos y Nombres).
- 4.11. Registrar un valor solicitado por cada beneficiario.
- 4.12. Nombre, Número de documento de identidad, cargo, firma y sello de responsabilidad.

5. Informe consolidado de liquidación. (Original)

Debe contener las firmas de responsabilidad de elaboración de cada fase del proceso: Control Documental, Control Técnico Médico y Control de Tarifas, en un solo reporte o incluir informes individuales por cada fase del proceso.

El informe de Liquidación deberá contener los siguientes datos:

1. Nombre del Prestador
2. Fecha de emisión del Informe.
3. Cantidad de Expedientes
4. Mes y año de prestación del servicio
5. Número del Trámite
6. Tipo de Servicio
7. Matriz consolidada. - debe contener los siguientes datos por cada beneficiario:
 - a. Código de Validación
 - b. Número de documento de identificación
 - c. Nombre del beneficiario (Apellidos y Nombres en orden alfabético).
 - d. Valor Solicitado
 - e. Valor Objetado
 - f. Valor Aprobado
8. Nombre, cargo y firma de quien realiza la liquidación.
9. Nombre, cargo y firma de quien revisa la liquidación.



- 6. Acta entrega recepción o planilla Individual firmada, para los casos que determina la norma. (Servicios Hospitalarios, Servicios de Diálisis y Servicios Ambulatorios con procedimientos de intervencionismo). Original**
- a. Nombre del Prestador
 - b. Persona de Contacto (Institución Prestadora de Servicios de Salud)
 - c. Teléfono (Prestador de Servicios de Salud)
 - d. Correo Electrónico (Prestador de Servicios de Salud)
 - e. Mes y año de prestación
 - f. Diagnóstico / Código CIE 10
 - g. Servicio Entregado
 - h. Número del Código de Validación
 - i. Número de Historia Clínica
 - j. Número del documento de identidad del paciente.
 - k. Nombre del Paciente (Apellidos y Nombres)
 - l. Acuse de Entrega del Servicio (Nombre, firma y sello del Responsable de la Unidad Prestadora)
 - m. Fecha de firma del acta.
 - n. Acuse Recepción del Servicio (Nombre, Nro. de documento de identidad, firma) del paciente o su acompañante.
 - o. Certificación de firmas.
- 7. Copia de los documentos de identificación:**
- a. Claras.
 - b. Legibles.
- 8. Código de validación emitido para la prestación del servicio, por cada paciente.**

En el proceso:

Recordar que para trámites de pago, que corresponden al levantamiento de objeciones no es necesario volver a enviar documentos ya incluidos en el trámite original.

Se registra esta actividad, en el presente Instructivo para que las instituciones incluyan este control previo al envío de la documentación a Financiero para su pago, presentando la información debidamente organizada para facilitar el proceso e incidir favorablemente en el acortamiento de los tiempos administrativos para el pago.

Con este paso se cierra la auditoría de la calidad de las cuentas médicas.

El resto de documentos utilizados en el proceso de Auditoría de la Calidad de Facturación, así como los resultantes en el proceso (Informes de Control Documental, Control Técnico Médico, Control Tarifas, detalle de objeciones en cada expediente) del trámite se entregarán al Archivo de la Unidad de Auditoría de la Calidad de Facturación de Servicios de Salud.

9. MANEJO DE EXPEDIENTE PARA EL PAGO Y ARCHIVO

Es el proceso en el que quien desarrolla esta actividad, procede a organizar la información y estructurar 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.

9.1. Procedimiento operativo del Archivo

Se organizan en una carpeta para archivo que se rotulará por:

1. Prestador
2. Número de Trámite
3. Tipo de Servicio
4. Mes y año de prestación del servicio.
5. Número de expedientes



Referencias

1. Constitución Política de la República del Ecuador. 2008.
2. Ministerio de Salud Pública, Jefatura de Estadística. El Sistema de Información de Salud, Registros de Salud. Quito, 2001
3. Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría Nacional de Gobernanza. Norma Técnica para el procedimiento de evaluación, selección, calificación y adquisición de servicios de salud de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria., modificada con Acuerdo Ministerial 4904 de 20 de junio de 2014.
4. Ministerio de Salud Pública. Subsistema de referencia, derivación, contrarreferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud. Norma Técnica. Quito. 2014.
5. Reglamento para el manejo de información confidencial en el Sistema Nacional de Salud. Acuerdo Ministerial 5216-A de 31 de diciembre de 2014.
6. Guerrero, Carmen; Díaz Sonia. Normas de Auditoría Médica de Facturación del Control Técnico Médico. Documento inédito. Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública. 2013.
7. GUTIÉRREZ Catalina, MOLINA Carlos, WÜLLNER Andrea. Las formas de contratación entre prestadoras y administradoras de salud, sus perspectivas en el nuevo marco de la Seguridad Social. FEDESARROLLO, Bogotá 1996.
8. Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, Asociación Centro de Gestión Hospitalaria. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá, 2007.
9. Díaz, Sonia. CALIDAD Y SALUD. LA AUDITORÍA MÉDICA COMO HERRAMIENTA DE LA MEJORA DE LA CALIDAD. Ministerio de Salud Pública. Quito, 2012.
10. Bustos Álvaro, Sánchez Guillermo. Memorias Curso de Auditoría Médica. Delta Salud. Quito 2005.
11. Escudero Carlos, Luis Lewcovicz. Segundo Curso de Auditoría Médica. Prevenprax. Quito, 2006.
12. Gispart Cruells, Jorge. Conceptos de Bioética y Responsabilidad Médica. Manual Moderno. México, 2001.
13. Williams, John R. Asociación Médica Mundial (AMM). Manual de Ética Médica. Publicación de la Unidad de Ética de la AMM. Francia, 2005.
14. Organización Panamericana de la Salud. Registros de Salud e Historia Clínica. Serie PALTEX. 1991.



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD
DOCUMENTOS HABITANTES PARA LA RECEPCIÓN DOCUMENTAL EN RELACION AL RÉGIMEN
LISTA DE CRÉDITO - AFILIA A TODOS LOS TIPOS DE SERVICIO
PROCEDIMIENTO DE ENVÍO:

OCURRIMIENTO	Que revisar	CATEGORÍA		
		SI	NO	OBSERVACIONES
En el Oficio de solicitud de pago.	Debe estar emitido a nombre de la autoridad máxima de la Coordinación Zonal responsable del pago. Un oficio por cada mes y año de prestación y por cada tipo de servicio, que identifique el mes y año y el servicio al que corresponde la planilla por ejemplo: mes febrero 2015, servicio hospitalización. El valor solicitado sea el acuerdo de acuerdo a la Planilla consolidada. Número de expedientes del mes de acuerdo al tipo de servicio. Que el oficio sea documento original debidamente validado.			
En Planilla Consolidada.	Listado completo de los pacientes en orden alfabético. Que registre un valor solicitado por cada paciente y el valor total solicitado. Documento original con firma y sello del prestador.			
Conciliación entre Oficio y Planilla Consolidada.	El valor solicitado debe ser el mismo en los dos documentos. El mes y año de prestación debe ser el mismo en los documentos. El tipo de servicio debe ser el mismo en los documentos.			
Verificación de la cantidad de expedientes.	Confirmar que el número registrado en la Planilla Consolidada sea el que el beneficiario presenta físicamente al prestador. Confirmar que los expedientes presentados físicamente estén en el mismo orden alfabético de la Planilla consolidada, para lo cual verificará los nombres de los pacientes uno a uno.			
Archivo Digital	La documentación presentada en físico debe ser la misma que respalda en la información digital entregada por el prestador.			

DE LEVANTAMIENTO / JUSTIFICACION DE OBJECIONES

DOCUMENTO	Que revisar	SI	NO	OBSERVACION
Informe de liquidación del mes auditoría	Claro Claro y Legible: verificar el cumplimiento del plazo para este efecto según la normativa.			

ADICIONAL PARA MUESTRAS MÚLTIPLES

DOCUMENTO	Que revisar adicionalmente	SI	NO	OBSERVACION
Listado de pacientes de muestra enviada	Que el listado sea documento original debidamente validado.			
Listado de pacientes de las muestras electrónicas presentadas	Que el listado sea documento original debidamente validado.			

EDUCACION DE SERVIDORES

DOCUMENTO	Que revisar	SI	NO	OBSERVACION
En el Oficio de solicitud de pago.	Debe estar emitido a nombre de la autoridad máxima de la Coordinación Zonal responsable del pago. Un oficio por cada mes y año de prestación y por cada tipo de servicio, que identifique el mes y año y el servicio al que corresponde la planilla por ejemplo: mes febrero 2015, servicio hospitalización. El valor solicitado sea el acuerdo de acuerdo a la Planilla consolidada. Número de expedientes del mes de acuerdo al tipo de servicio. Que registre en el oficio que se trata de una solicitud de pago por coordinación de beneficiarios. Que certifique que los documentos habitantes en base de los cuales se derivará la liquidación se encuentran en sus archivos. Que certifique que no se ha realizado cobro alguno al beneficiario o sus familiares. Que el oficio sea documento original debidamente validado.			
En Planilla Consolidada.	Listado completo de los pacientes en orden alfabético. Que registre un valor solicitado por cada paciente y el valor total solicitado. Documento original con firma y sello del prestador.			
Informe de Auditoría final con lo que se envía la cuenta.	Que sea del cobro del original emitido por el financiador. Que registren los valores: solicitado, aprobado y otorgado.			
Código de Validación	Que el valor solicitado sea el mismo de la planilla consolidada de cargo. Emisión por el financiador.			
Formulario de ingreso a la Red	Campos obligatorios blancos.			

Fecha: 30 de 2015.
 Interiores: 44/1971/2015





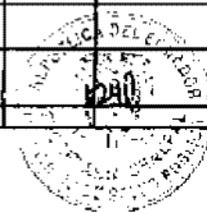
**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD
DOCUMENTOS HABITANTES PARA LA REVISIÓN DOCUMENTAL EN RELACION A CADA EXPEDIENTE
LISTA DE CHEQUEO**

SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN		CHEQUEO		
PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN:				
EN CADA EXPEDIENTE REVISAR:	En todo el expediente que la información presentada corresponda al mismo paciente, mes y día de servicio.	SI	NO	OBSERVACIONES
DOCUMENTO	Que revisar:			
En la Planilla Individual deberá verificarse que contenga:	Nombre completo del paciente que recibió la prestación.			
	Fecha de la atención (debe estar en el rango del mes preafectado).			
	Código CIE 10 para diagnósticos principal y secundario.			
	Número documento de identificación			
	Prestaciones brindadas por día con su respectivo valor por cada prestación dada.			
	Valor total cobrado.			
En el Código de Validación	Que corresponda a la fecha de atención.			
	Que corresponda al servicio entregado.			
En la Nota Entrega Recepción	Debe ser original			
	Debe corresponder a la fecha del servicio recibido.			
	Debe indicar el servicio recibido.			
	Debe contener la firma del paciente o su representante o acompañante, conforme a los documentos de identificación.			
En los Documentos de Identificación, se exhibirán los beneficiarios No identificados (NI)	Que corresponda al beneficiario.			
	Deben ser claros y legibles.			
En el Certificado de Afiliación, se exhibirán los beneficiarios No identificados (NI).	La existencia del certificado de consulta en línea, para verificar el registro de cobertura de salud (ESS - ESPFA - ESPOC).			
	Las fechas de consulta debe corresponder a la fecha de la prestación del servicio.			
En los Formularios médicos, que correspondan al paciente que recibió la prestación:	Copia del Formulario 001 en caso de referencia/careo referencial o derivación.			
	Copia de la Formulario 006, Epícrisis, con firma y sello de responsabilidad.			Si insistencia no es motivo de objeción, sino de observación.
	Copia del formulario 008, si el paciente fue atendido por emergencia, en el que conste firma y sello de responsabilidad.			Si insistencia no es motivo de objeción sino de observación.
	Copia del Anexo 2, en el caso de que la planilla incluya servicios por hospitalización, con firma de responsabilidad.			
	Copia del Protocolo Operativo, en casos de cirugía, con firma y sello de responsabilidad.			
	Copia del Protocolo Anestésico, en casos de cirugía, con firma y sello de responsabilidad.			
	Copia de la Bitácora Diaria, para hospitalización en terapia intensiva.			



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD
DOCUMENTOS HABITANTES PARA LA REVISIÓN DOCUMENTAL EN RELACION A CADA EXPEDIENTE
LISTA DE CHEQUEO**

SERVICIO DE EMERGENCIA		CHEQUEO		
PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN:				
EN CADA EXPEDIENTE REVISAR:	En todo el expediente que la información presentada corresponda al mismo paciente, mes y día de servicio.	SI	NO	OBSERVACIONES
DOCUMENTO	Que revisar que:			
En la Planilla Individual deberá verificarse que contenga:	Nombre completo del paciente que recibió la prestación.			
	Fecha de la atención (debe estar en el rango del mes preafectado).			
	Código CIE 10 para diagnósticos principal y/o secundario.			
	Número documento de identificación			
	Prestaciones brindadas por día con su respectivo valor por cada prestación dada.			
	Valor total cobrado.			
En el Código de Validación	Que corresponda a la fecha de atención.			
	Que corresponda al servicio entregado.			
En los Documentos de Identificación, se exhibirán los beneficiarios No identificados (NI)	Que corresponda al beneficiario.			
	Deben ser claros y legibles.			
En el Certificado de Afiliación, se exhibirán los beneficiarios No identificados (NI).	La existencia del certificado de consulta en línea, para verificar el registro de cobertura de salud (ESS - ESPFA - ESPOC).			
	Las fechas de consulta debe corresponder a la fecha de la prestación del servicio.			



En los Formularios médicos, que correspondan al paciente que recibió la prestación:	Copia del formulario 008 - Emergencia, en el que conste firma y sello de responsabilidad.			
	Copia del Anexo 3, servicios pre hospitalarios, con firma de responsabilidad. Si el paciente fue transferido en Ambulancia			Si asistencia no es motivo de objeción
	Copia del Formulario 053 en caso de referencia o derivación con firma y sello de responsabilidad			



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD
DOCUMENTOS NORMATIVOS PARA LA REVISIÓN DOCUMENTAL EN RELACIÓN A CADA EXPONENTE
LISTA DE CHEQUEO
SERVICIO AMBULATORIO**

	PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN:	CHEQUEO		
EN CABA EXPONENTE CHEQUEAR:	En todo el expediente sacar la información correspondiente al último paciente, mes y día de servicio.			
DOCUMENTO	Revisar que:	SI	NO	OBSERVACIONES
En la Planilla Individual deberá verificarse que contenga:	Nombre completo del paciente que recibió la prestación.			
	Fecha de la atención (debe estar en el rango del mes preautorizado).			
El Código de Validación	Código CIE 10 para diagnósticos principal y/o secundario.			
	Número documento de identificación			
En el Acta Entrega Recepción solo en procedimientos quirúrgicos de intervencionismo	Prestaciones brindadas por día con su respectivo valor por cada prestación dada.			
	Valor total solicitado.			
En los Documentos de identificación. Se exceptúan los beneficiarios No beneficiarios (N-B)	La planilla individual debe presentarse en original con firma y sello del prestador.			
	Que correspondan a la fecha de atención.			
En el Acta Entrega Recepción solo en procedimientos quirúrgicos de intervencionismo	Que correspondan al servicio entregado.			
	Debe ser original			
En los Documentos de identificación. Se exceptúan los beneficiarios No beneficiarios (N-B)	Debe corresponder a la fecha del servicio recibido.			
	Debe indicar el servicio recibido.			
En el Certificado de Afiliación. Se exceptúan los beneficiarios No beneficiarios (N-B).	Debe contener la firma del paciente o su representante o acompañante, conforme a los documentos de identificación.			
	Debe contener la firma y sello del prestador.			
En los Formularios médicos, que correspondan al paciente que recibió la prestación:	Que correspondan al beneficiario.			
	Deben ser claros y legibles.			
En los Formularios médicos, que correspondan al paciente que recibió la prestación:	La validez del certificado de consulta en línea, para verificar el registro de cobertura de salud (ESS - RSPFA - GSPOL).			
	Las fechas de consulta debe corresponder a la fecha de la prestación del servicio.			
	Copia del Formulario 053 en caso de intervencionismo con firma y sello de responsabilidad.			
	Copia de la Formulario 007, para Intervención, con firma y sello de responsabilidad.			
	Copia del Formulario 010, para Exámenes de Laboratorio con firma y sello de responsabilidad.			
En el listado de pacientes de muestras electivamente procesadas.	Copia del Formulario 012, para Exámenes de Imagen, con firma y sello de responsabilidad.			
	Copia de los resultados de los exámenes de Laboratorio realizados, con firma y sello de responsabilidad. Si se evidencia presencia del formulario 010.			



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD
DOCUMENTOS NORMATIVOS PARA LA REVISIÓN DOCUMENTAL EN RELACIÓN A CADA EXPONENTE
LISTA DE CHEQUEO
SERVICIO AMBULATORIO / MUESTRAS ANALÍTICAS**

	PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN:	CHEQUEO		
En el Código de Validación	Que correspondan a la fecha de atención. Que correspondan al servicio entregado.			
En el listado de pacientes de muestras enviadas	Que la fecha correspondan a la fecha de atención.			
	Que registre el examen solicitado.			
	Que registre el Código de Validación.			
	Que se encuentre en orden alfabético.			
	Que sea original			
En el listado de pacientes de las muestras electivamente procesadas.	Que contenga los datos de Realizado por / Debidamente validado			
	Que contenga los datos de Autorizado por / Debidamente validado			
	La fecha de la atención (debe estar en el rango del mes preautorizado).			
	Que registre el examen analíticamente realizado.			
	Que registre el Código de Validación.			
En el listado de pacientes de las muestras electivamente procesadas.	Que se encuentre en orden alfabético.			
	Que sea original			
	Que contenga los datos de Entregado por / Debidamente validado			
	Que contenga los datos de Recibido por / Debidamente validado			



<p>Certificado de Afiliación de cada paciente que registre en el estado de pacientes de muestras efectivamente procesados.</p>	<p>La existencia del certificado de consulta en línea, para verificar el registro de cobertura de salud (ISS - ISSFA - ISSPOL).</p> <p>Los fechas de consulta debe corresponder a la fecha de la prestación del servicio.</p>			
<p>En los Documentos de identificación, se exceptúan los beneficiarios No Identificados (NI)</p>	<p>Que correspondo a cada beneficiario.</p> <p>Deben ser claros y legibles.</p>			

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD
DOCUMENTOS HABITANTES PARA LA REVISIÓN DOCUMENTAL EN RELACION A CABA EXPEDIENTE
LISTA DE CHEQUEO

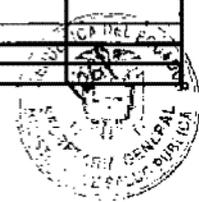
SERVICIO PREHOSPITALARIO

PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN		LISTA DE CHEQUEO		
EN CADA EXPEDIENTE REVISAR:	En todo el expediente que la información presentada concuerda con el mismo paciente, con y sin de estado.			
DOCUMENTO	Debe ser:	SI	NO	OBSERVACIONES
<p>En la Planilla Individual deberá verificar que contenga:</p>	<p>Nombres completos del paciente que recibió la prestación.</p> <p>Fecha de la atención (debe estar en el rango del mes preafectado).</p> <p>Código CIE 10 para diagnósticos principal y/o secundario.</p> <p>Número documento de identificación</p> <p>Prestaciones brindadas por día con su respectivo valor por cada prestación dada.</p> <p>Valor total solicitado.</p> <p>La planilla individual debe presentarse en original con firma y sello del prestador.</p>			
	<p>Que correspondo a la fecha de atención.</p> <p>Que correspondo al servicio entregado.</p>			
	<p>Que correspondo al beneficiario.</p> <p>Deben ser claros y legibles.</p>			
	<p>La existencia del certificado de consulta en línea para verificar el registro de cobertura de salud (ISS - ISSFA - ISSPOL).</p> <p>Los fechas de consulta debe corresponder a la fecha de la prestación del servicio.</p>			
	<p>Registros Claros, legibles con firma y sello de responsabilidad.</p>			
<p>En Documentos médicos</p>	<p>Copias del Anexo 2, servicios pre hospitalarios, con firma de responsabilidad. De ser el caso.</p>			

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD
DOCUMENTOS HABITANTES PARA LA REVISIÓN DOCUMENTAL EN RELACION A CABA EXPEDIENTE
LISTA DE CHEQUEO

SERVICIO DE DIALISIS

PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN		CHEQUEO		
EN CABA EXPEDIENTE REVISAR:	En todo el expediente que la información presentada concuerda con el mismo paciente, con y sin de estado.			
DOCUMENTO	Debe ser:			
<p>En la Planilla Individual deberá verificar que contenga:</p>	<p>Nombres completos del paciente que recibió la prestación.</p> <p>Fecha de la atención (debe estar en el rango del mes preafectado).</p> <p>Código CIE 10 para diagnósticos principal y/o secundario.</p> <p>Número documento de identificación</p> <p>Prestaciones brindadas por día con su respectivo valor por cada prestación dada.</p> <p>Valor total solicitado.</p> <p>La planilla individual debe presentarse en original con firma y sello del prestador; recordar que el paciente ante la firma del paciente o su representante o acompañante en la planilla, este documento se constituye en el caso entrega recepción.</p>			
	<p>Que correspondo a la fecha de atención.</p> <p>Que correspondo al servicio entregado.</p>			
	<p>Debe ser original</p>			
	<p>Debe correspondo a la fecha del servicio recibido.</p> <p>Debe indicar el servicio recibido.</p> <p>Debe contener la firma del paciente o su representante o acompañante, conforme a los documentos de identificación.</p> <p>Debe contener la firma y sello por el prestador.</p>			
	<p>Que correspondo al beneficiario.</p> <p>Deben ser claros y legibles.</p>			



En el Certificado de Afiliación, Se exceptúan los beneficiarios No	IGUD, (ISS – ISSFA – ISSPOL). Las fechas de consulta debe corresponder a la fecha de la prestación del servicio.			
En el Informe Médico Individual (trimestral)	Original del Informe médico individual (trimestral) con firma y sello de responsabilidad.			
En el Registro de Asistencia a las Sesiones de Diálisis. (Original)	Fecha y registro de asistencia a las sesiones, con validos la firma, sumilla o huella del paciente o la firma, sumilla o huella del representante o acompañante; esto no se constituye en Acto Entrega Recepción.			



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

LISTA DE CHEQUEO

EN LEVANTAMIENTO / JUSTIFICACIÓN DE OBJECIONES

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

PARA VÍCTIMAS DE ACCIDENTES DE TRANSITO

DOCUMENTO	Que revisar	SI	NO	OBSERVACION
En la Planilla de Cargas enviada al SOAT / SPPAI.	Copia clara - legible.			

COORDINACIÓN DE BENEFIARIOS

DOCUMENTO	Que revisar	SI	NO	OBSERVACION
Formulario de Ingreso a la Red	Campos obligatorios llenos.			
Obtener el Código de Validación Regulado	El que emite el subistema con el cual se coordinará el pago del porcentaje no cubierto por el subistema.			

Fecha: abril del 2013
Elaborado por: AG/WHJ/BJ/20





MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD
LISTA DE CHEQUEO
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

No.	DOCUMENTO	CHEQUEO
1	Planilla Individual Detallada (Física y Digital).	
2	Copia Formulario 003 / Referencia - Derivación.	
3	Copia Formulario 004 / Epíctisis	
4	Copia Formulario 008 / Emergencia ; si el paciente tuvo atenciones en ese servicio (cuando proceda).	
5	Copia Anexo 2 / Atención Prehospitalaria (cuando proceda).	Su inexistencia no es motivo de objeción
6	Copia Formulario de Protocolo Operativo (cuando proceda).	Su inexistencia no es motivo de objeción
7	Copia Formulario de Protocolo Analésico (cuando proceda).	
8	Copia de la Bitácora Diaria, para Hospitalización en Terapia Intensiva.	

SERVICIO DE EMERGENCIA

No.	DOCUMENTO	CHEQUEO
1	Planilla Individual Detallada (Física y Digital)	
2	Copia Formulario 006 / Registro de Emergencia.	
3	Anexo 2 / Atención Prehospitalaria (si hubiere sido atención).	
4	Copia Formulario 003 / Referencia - Derivación	
5	Copia de Pedidos de exámenes de apoyo diagnóstica	
6	Copia de Resultados e Informes, según corresponda.	

SERVICIO AMBULATORIO

No.	DOCUMENTO	CHEQUEO
1	Planilla Individual detallada (Física y Digital).	
2	Copia Formulario 053 / Referencia - Derivación ; para interconsultas.	
3	Copia Formulario 007 / Registro de interconsulta.	
4	Copia Formulario 010 / Pedidos de Laboratorio.	
5	Copia Formulario 012 / Pedidos de Imagen	
6	Copia de Resultados e Informes de exámenes y procedimientos.	
8	Muestras Múltiples - Lista de pacientes de muestras enviadas.	
9	Muestras Múltiples - Lista de pacientes de muestras efectivamente realizadas.	

SERVICIO PREHOSPITALARIO

No.	DOCUMENTO	CHEQUEO
1	Planilla Individual detallada (Física y Digital).	
7	Copia Anexo 2 / Registro de Atención prehospitalaria.	

SERVICIO DE DIÁLISIS

No.	DOCUMENTO	CHEQUEO
1	Planilla Individual detallada (Física y Digital).	
2	Registro Mensual de cumplimiento de sesiones por paciente	
3	Informe Médico Detallado (Trimestral) por paciente.	

EN LEVANTAMIENTO / JUSTIFICACION DE OBJECIONES

No.	DOCUMENTO	CHEQUEO
1	Informe de Liquidación primera auditoría	
2	Justificación de las Objeciones Médicas	

PARA VÍCTIMAS DE ACCIDENTES DE TRANSITO

No.	DOCUMENTO	CHEQUEO
1	Planilla de Cargos enviada al SOAT / SPPAT - verificar	





MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
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	Memoranda de Solicitud de Pago	Uno por cada mes y tipo de servicio Nombre de la Institución Prestadora a quien se dirige el pago. Partida Presupuestaria a la que se dirige el pago. Mes y año de prestación del servicio. Valor aprobado para el pago. Número de factura emitida 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 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. Índice expresamente que los respalda (documentos) de la Auditoría de Facturación de Servicios de Salud a la que refiere el concepto 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 SMI RUC a nombre de la entidad que emite el pago En el concepto detallar: por atenciones en el servicio (Hospitalización o consulta externa, emergencia, etc) Unidades o (detallar el número de pacientes) del mes y año (el que corresponden las atenciones), Número de Trámite al que corresponde. Firma y sello de responsabilidad del emisor (Institución Prestadora) y de quien recibe conforme (Institución Financiadora).	

No.	DOCUMENTO	DEBE CONTENER	CHEQUEO
3	OFICIO original (documento que encabeza el trámite de solicitud de pago de las prestaciones por mes y por tipo de servicio).	Original emitido 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 de responsabilidad.	

No.	DOCUMENTO	DEBE CONTENER	CHEQUEO
4	Planilla Consolidada (Original)	Unidad completa de los pacientes en orden alfabético. 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 (Original)	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. Fecha del Informe de Liquidación Mes y año del Servicio Número de trámite Nombre del Prestador Tipo de Servicio Nombre del Responsable de la Revisión Documental / Control Documental Fecha de conclusión de la Revisión Documental / Control Documental Nombre del Responsable de la Revisión Médica / Control Técnico Médico Fecha de conclusión de la Revisión Médica / Control Técnico Médico Nombre del Responsable de la Liquidación / Control de Tarifas Fecha de conclusión de la Liquidación / Control Tarifas Copia de detalle: Número de Código de Validación, número de documento de identidad, Nombre del Beneficiario / Paciente (en dadas alfabéticas) y por cada beneficiario el valor solicitado, valor objetado y valor aprobado. Firma, nombre, cargo, número de cédula de ciudadanía de quien elaboró el Informe de Liquidación Firma, nombre, cargo, número de cédula de ciudadanía del o la Responsable del Proceso de Auditoría de la Calidad de la Facturación de Servicios de Salud.	

No.	DOCUMENTO	DEBE CONTENER	CHEQUEO
6	Acta Entrega Recepción (para los servicios de Hospitalización, Diagnóstico y Ambulatorio con intervencionismo) (En muestras múltiples el listado de las pruebas efectivamente realizadas); ó Planilla de Cargos Individual con las firmas de entrega y recepción del Servicio.	Original con la firma y sello del prestador, así como la del beneficiario o su representante o acompañante. Nombre y número de Cédula de quienes suscriben.	

No.	DOCUMENTO	DEBE CONTENER	CHEQUEO
7	Copias de documentos de identificación del paciente y/o su representante o acompañante	Citas y legibles	

No.	DOCUMENTO	DEBE CONTENER	CHEQUEO
8	Código de validación emitido para la prestación del servicio	Para cada paciente	

Fecha: 31/12/2015
 Elaborado por: GJ/PA/L/RSB





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

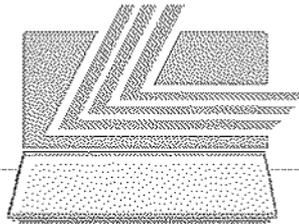
CUADRO RESUMEN PARA EL PAGO POR PRESTADOR Y MES, SEGÚN MONTO SOLICITADO Y MONTO APROBADO

PRESTADOR	
MES DE PRESTACION	
Nro. Pacientes	

DESCRIPCIÓN	MONTO	FECHA
VALOR SOLICITADO		
VALOR APROBADO		
PAGO PREVIO		
VALOR A DEPOSITAR		

Fecha: octubre 2014

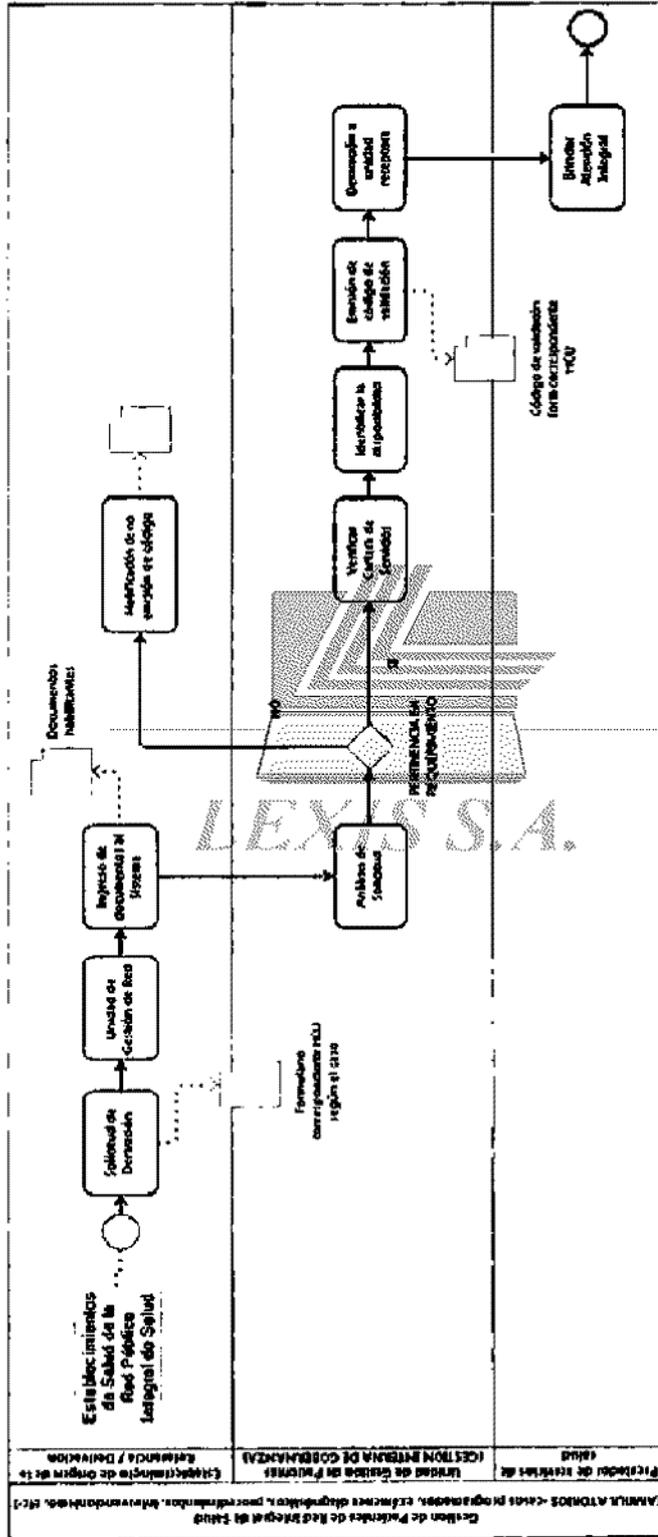
Elaborado por: GG/ WM/ JS /SD



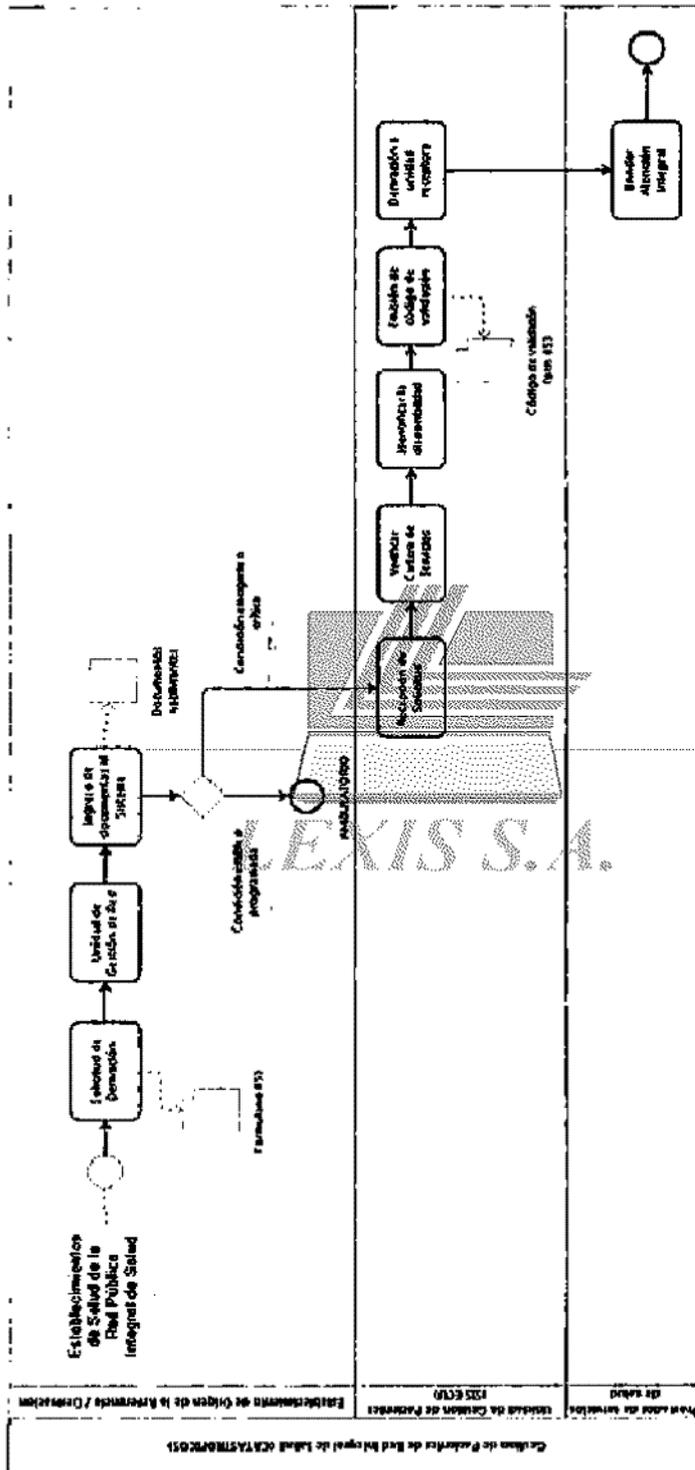
LEXIS S.A.



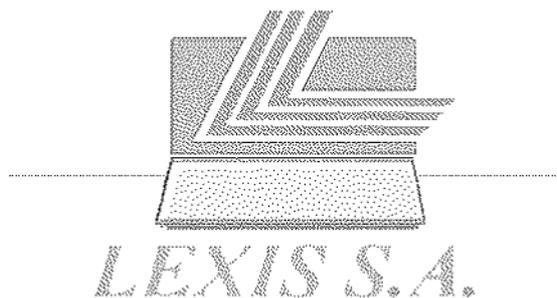
Flujo AMBULATORIO



Flujo HOSPITALARIO 3



Imagen



Imagen

