



Organización
Internacional
del Trabajo

▶ **Diagnóstico
del modelo de
reconocimiento
económico de la
Red Pública Integral
de Salud en Ecuador
y recomendaciones
de mejora**

▶ OIT Países Andinos

ECUADOR 

► **Diagnóstico
del modelo de
reconocimiento
económico de la
Red Pública Integral
de Salud en Ecuador
y recomendaciones
de mejora**

Advertencia

El uso de un lenguaje que no discrimine ni marque diferencias entre hombres y mujeres es una de las preocupaciones de nuestra Organización. Sin embargo, no hay acuerdo entre los lingüistas sobre la manera de hacerlo en nuestro idioma.

En tal sentido, y con el fin de evitar la sobrecarga gráfica que supondría utilizar en español o/a para marcar la existencia de ambos sexos, hemos optado por emplear el masculino genérico clásico, en el entendido de que todas las menciones en tal género representan siempre a hombres y mujeres.

Este documento ha sido elaborado en el marco del Proyecto para promover el acceso universal a la atención médica que la Oficina de la OIT para los Países Andinos lleva a cabo en Ecuador. El presente estudio fue desarrollado con la colaboración de la consultora Tatiana Villacrés y la revisión de Sonia Díaz, consultora externa. Además, contó con aportes de Ana Cristina Mena, coordinadora de proyecto, y Pablo Casalí, especialista en Protección Social, ambos de la Oficina de la OIT para los Países Andinos, y Lou Tessier, especialista de Protección Social en Salud.

▶ Índice

| | |
|---|----|
| ▶ Resumen | 8 |
| ▶ 1. Introducción | 9 |
| ▶ 2. Metodología | 10 |
| 2.1. Revisión de la normativa vigente | 10 |
| 2.2. Entrevistas semiestructuradas | 10 |
| 2.3. Metodología de análisis de bases de datos | 11 |
| ▶ 3. Resultados del Análisis | 14 |
| 3.1. Revisión de la normativa vigente | 14 |
| 3.2. Descripción del proceso de reconocimiento económico en base a la normativa vigente | 22 |
| 3.3. Resultados de entrevistas semiestructuradas | 25 |
| 3.4. Análisis de datos de derivaciones y pagos | 29 |
| ▶ 4. Conclusiones y recomendaciones | 35 |
| ▶ 5. Reflexiones finales | 36 |
| ▶ 6. Bibliografía | 37 |
| ▶ Anexo 1: Formato de entrevistas | 38 |

► Resumen

La Constitución del Ecuador de 2008 generó cambios importantes para el sistema de salud ecuatoriano. Entre ellos la universalidad y gratuidad de los servicios públicos de salud y la creación de la Red Pública Integral de Salud (RPIS). Esta red se definió como un conjunto articulado de instituciones públicas prestadoras y aseguradoras de salud con vínculos operativos y de complementariedad. En 2012 se operativizó el funcionamiento de la red mediante la firma de un convenio marco entre las instituciones que la conforman, en virtud de lo cual se definieron los principales mecanismos de articulación y las obligaciones de los miembros.

Un elemento central del relacionamiento entre las instituciones de la RPIS es la complementariedad en la cobertura de servicios, con la posibilidad de que los pacientes de responsabilidad de un asegurador reciban atención médica en otro subsistema, siempre que se realice el pago correspondiente por la atención brindada. Para ello se han definido normas implementadas por todos los subsistemas, así como instrumentos homologados, como el tarifario de prestaciones.

El modelo de reconocimiento económico es el mecanismo a través del cual los aseguradores pagan a los prestadores públicos o privados por la atención dada a la población bajo su responsabilidad, una vez que se han cumplido los aspectos normativos definidos. El pago se realiza por prestación, luego del cumplimiento de un proceso de auditoría de la calidad de la facturación. Intervienen en este proceso, por un lado, los proveedores de servicios de salud quienes son responsables de planillar y facturar por las atenciones dadas. Por otro lado, participan los aseguradores en base a la implementación de la auditoría de la calidad de la facturación, con el involucramiento de distintos niveles de gestión. El resultado final es el pago y/u objeción de los valores solicitados de pago.

Si bien este proceso ha facilitado el relacionamiento entre las instituciones públicas de salud, y entre estas y los establecimientos privados, ha estado marcado por varias dificultades, principalmente de tipo administrativo. Las debilidades de los sistemas de información, la discrecionalidad en la implementación de los criterios técnicos en el proceso —pese que están normados—, la alta rotación de personal, las necesidades de formación continua y las demoras en el cumplimiento de las distintas etapas del proceso, entre otros, se identifican como los principales retos que existen en el reconocimiento económico. Asimismo, los prestadores de servicios se enfrentan a dificultades generadas por las diferencias en los sistemas de información de las instituciones financiadoras, a las que se les deben solicitar el pago, los tiempos en los que se realizan los pagos y la disponibilidad de equipos técnicos para realizar el planillaje y facturación.

Este escenario plantea la necesidad de realizar mejoras que faciliten el cumplimiento del modelo de reconocimiento económico en todas las etapas del proceso. Pero se plantea también la necesidad de transitar hacia mecanismos de pago más ágiles, que distribuyan el riesgo entre aseguradores y prestadores y que generen incentivos a la eficiencia.

► 1. Introducción

El Sistema Nacional de Salud en Ecuador se ha caracterizado por ser fragmentado y segmentado (OIT 2021; Villacres y Mena 2017). Dentro de la Red Pública Integral de Salud (RPIS), cada uno de los subsistemas posee distintas fuentes de financiamiento para dar cobertura a sus beneficiarios conforme a la normativa vigente. Las instituciones financiadoras de salud tienen, además, diversos mecanismos de pago; generalmente pago por presupuesto histórico en sus propias unidades de salud. Sin embargo, para el relacionamiento entre las instituciones de la RPIS y la red privada complementaria han asumido el pago por prestación ya sea por procedimientos unitarios o prestaciones integrales (paquetes), como lo establece la norma.

La Constitución del Ecuador (2008) dispuso importantes cambios para la salud. Un elemento clave fue el reconocimiento de la salud como un derecho, vinculado al ejercicio de otros derechos, cuya garantía corresponde al Estado. Además, introduce la gratuidad y universalidad de los servicios públicos estatales de salud, un financiamiento público en salud oportuno, regular y suficiente, así como la conformación de la Red Pública Integral de Salud, entre otros mandatos (Asamblea Constituyente 2008).

En ese contexto, se suscribe en el año 2012 el Convenio Marco Interinstitucional entre los distintos subsistemas de la Red Pública Integral de Salud con el objetivo de “establecer las directrices y los mecanismos de articulación a las que deberán sujetarse las partes para la operación articulada de la Red Pública Integral de Salud” (MSP 2012). Este convenio se renovó en 2015 y se mantiene vigente hasta la actualidad. Este instrumento estableció los lineamientos para el funcionamiento de la RPIS, a partir de lo cual se desarrollaron diferentes instrumentos técnicos y normativos para viabilizar el relacionamiento entre las instituciones públicas financiadoras/aseguradoras y prestadoras de servicios de salud. Tal es el caso de la derivación de pacientes, proceso para la atención en los establecimientos de salud según las necesidades de los usuarios, que permite realizar una compensación económica por las atenciones dadas, luego del cumplimiento de los procesos definidos por norma.

El relacionamiento entre las instituciones de salud tiene como elementos importantes desde la función de financiamiento, hasta el reconocimiento económico. De acuerdo a la norma, este corresponde al “pago de los gastos originados por la atención de salud que se brinde a los usuarios/pacientes” (MSP 2017). Este pago se encuentra normado por la autoridad sanitaria nacional, tanto en tarifas como en el procedimiento requerido, y se constituye en un componente relevante para la articulación y coordinación entre las instituciones de salud.

En el marco del programa de asistencia técnica para promover el acceso universal a la salud mediante la mejora de la articulación del Sistema Nacional de Salud, que lleva a cabo en Ecuador la Oficina de la OIT para los Países Andinos, se desarrolla el presente diagnóstico del modelo de reconocimiento económico de la RPIS. El objetivo es identificar las limitaciones y retos del modelo para mejorar el acceso a los servicios de salud, con la finalidad de generar recomendaciones para el mejoramiento de la articulación entre los actores.

Este informe se compone de tres secciones. En la primera parte se realiza una descripción de la metodología utilizada para la elaboración del diagnóstico. En la segunda sección se presentan los resultados de la aplicación de la metodología, incluyendo el análisis del marco normativo, los principales elementos obtenidos de la realización de entrevistas semiestructuradas a actores clave del proceso de los distintos subsistemas públicos de salud. También se incorpora el análisis de las bases de datos de derivaciones y pagos del Ministerio de Salud Pública (MSP), del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y del Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL). Finalmente, se presentan las principales conclusiones y recomendaciones del estudio.

► 2. Metodología

El estudio utiliza métodos mixtos de investigación, con la aplicación de herramientas cuantitativas y cualitativas para establecer cuál es la situación actual del proceso de reconocimiento económico, cuáles son las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas de este proceso dentro de cada subsistema y de manera conjunta.

Se realizó una revisión de la normativa vigente, entrevistas semiestructuradas a actores que intervienen en el proceso y el análisis de las bases de datos de pagos y derivaciones de las instituciones de la RPIS.

2.1. Revisión de la normativa vigente

La revisión de la normativa vigente tiene como objetivo establecer los criterios y consideraciones que la Autoridad Sanitaria ha determinado como esenciales para el proceso de reconocimiento económico. El análisis incluye la revisión del marco constitucional y legal en el que se sustenta este proceso. Lo indicado por la normativa servirá de base para el análisis posterior, puesto que establece los criterios que se deben cumplir en cuanto a pasos, tiempos y responsabilidades para el reconocimiento económico. Comprende la revisión de los acuerdos ministeriales emitidos por la Autoridad Sanitaria sobre el relacionamiento de la RPIS, así como los convenios de conformación de la RPIS desde 2012.

Cada una de estas normas fue analizada en función de los siguientes parámetros: *a)* Objetivo de la norma; *b)* fecha de aplicación; *c)* parámetros definidos en la norma y su implicación dentro del proceso de reconocimiento económico; y *d)* De acuerdo al objetivo, instrucciones del proceso.

Después de resumir cada uno de los documentos antes descritos, se desarrolló un análisis conjunto para determinar el proceso indicado dentro del reconocimiento económico según lo normado por la Autoridad Sanitaria Nacional.

2.2. Entrevistas semiestructuradas

Para conocer lo que ocurre en el ámbito operativo se realizaron entrevistas semiestructuradas a actores clave a nivel nacional y territorial. El objetivo de estas entrevistas fue obtener información sobre el proceso, los puntos positivos del proceso actual y consideraciones de mejora.

Los ámbitos abordados en las entrevistas incluyeron el inicio del proceso de reconocimiento económico, la auditoría médica, el pago efectivo, las acciones de mejora llevadas a cabo, los sistemas de información, los aspectos positivos y los factores críticos del modelo de reconocimiento económico, así como las recomendaciones de los entrevistados.

La planificación de entrevistas incluía a autoridades y personal técnico de los niveles nacionales, zonales/provinciales, así como unidades de salud de los diferentes niveles de atención. Sin embargo, las entrevistas realizadas variaron según la institución. Se entrevistó a un total de 26 personas durante el primer trimestre de 2021.

A continuación, se detalla las entrevistas desarrolladas por institución de la RPIS:

- *Ministerio de Salud Pública*: se realizaron entrevistas a tres funcionarios de la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria. Adicionalmente, se entrevistaron a las personas a cargo o delegadas de las Coordinaciones Zonales¹ 1, 3, 8 y 9 relacionadas al proceso de reconocimiento económico.
- *Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social*: se realizaron entrevistas al personal de la Subdirección Nacional de Aseguramiento de Seguro de Salud, a representantes de dos direcciones provinciales, delegados de dos hospitales de tercer nivel de atención, un hospital de segundo nivel y una unidad de primer nivel de atención.
- *Instituto de Seguridad Social de Fuerzas Armadas*: se entrevistaron a las personas a cargo de los distintos procesos referentes al modelo de reconocimiento económico. Esto es, del área de prestaciones hospitalarias, de liquidación y pagos y de auditoría médica, así como a un delegado de la unidad de Economía de la Salud y al Director de Salud.
- *Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional*: las entrevistas de ISSPOL fueron realizadas a las personas encargadas de los distintos procesos referentes al modelo: gestión documental, liquidación, control previo, auditoría y prestaciones médicas.

En el relacionamiento entre las instituciones públicas de salud y el reconocimiento económico el sector privado es un actor importante, pues se constituye en un prestador externo de servicios de salud para la RPIS. Es por ello que también se llevó a cabo una entrevista a un representante de la red privada complementaria. La entrevista se realizó al representante de una organización que aglutina a un conjunto de prestadores de salud del sector privado, que incluye hospitales, clínicas y unidades de diálisis, siendo parte, algunos de ellos, de la red privada complementaria².

Conducción de las entrevistas semiestructuradas

Al ser entrevistas semiestructuradas el instrumento de recolección de información planteó preguntas cerradas y otras abiertas. Dichas preguntas fueron definidas en función de las etapas del proceso de reconocimiento económico. El formulario se encuentra como anexo a este documento.

Se realizó una sistematización de la información proporcionada por los entrevistados, que permite identificar los aspectos relevantes por cada uno de los subsistemas de la RPIS. En este sentido, el análisis se realizó separado por subsistema, y diferenciado si el entrevistado es parte de la institución a nivel central, provincial/zonal o unidad operativa.

2.3. Metodología de análisis de bases de datos

Se realizó un análisis de las bases de datos de derivaciones y pagos disponibles de los cuatro subsistemas públicos con el objetivo de conocer la realidad del proceso de reconocimiento económico mediante el análisis de cada subsistema, así como el cruce de datos entre bases. Se buscó conocer sobre las fases del proceso de reconocimiento económico: causa de la solicitud, inicio del trámite, auditoría médica y pago efectivo.

Se realizaron varias reuniones de coordinación con el MSP, IESS, ISSFA e ISSPOL con la finalidad de identificar la información disponible para el análisis. A partir de ello se definió como período de análisis 2014-2019.

1. En el modelo de desconcentración del Ministerio de Salud Pública existen coordinaciones zonales, que tienen facultades de coordinación, planificación, evaluación y control de la gestión institucional en territorio. En el país existen nueve zonas, que agrupan a varias provincias o zonas geográficas.
2. Los prestadores privados de salud forman parte de la red privada complementaria y se constituyen en prestadores de las instituciones de las instituciones públicas de salud, siempre que soliciten su participación conforme a la normativa vigente.

Para el desarrollo de esta sección se realizó un pedido oficial de bases de datos a los cuatro subsistemas, con el siguiente detalle:

- Fecha de atención del paciente
- Tipo de seguro del paciente
- Parentesco con el afiliado o titular
- Unidad de salud donde el paciente se atendió
- Provincia
- Tipo de servicio médico
- Nombre del procedimiento realizado al paciente
- Diagnóstico principal
- Diagnóstico secundario
- Contingencia cubierta
- Fecha de apertura del caso
- Estado del caso
- Caso Internacional
- Nombre de la unidad de salud solicitante del reconocimiento económico
- RPIS o red complementaria
- Fecha de envío de solicitud por parte de la unidad de salud
- Fecha de aprobación de la solicitud
- Valor solicitado
- Fecha de inicio de auditoría médica
- Fecha de fin de auditoría médica
- Fecha de solicitud del servicio
- Valor aprobado
- Precio unitario aprobado
- Fecha de entrega de reconocimiento económico
- Valor entregado a solicitante
- Fecha de envío de solicitud de pago
- Fecha de pago

Con estas variables se procuró identificar los puntos críticos en cuanto al cumplimiento de la normativa, encontrar problemas en la información reportada y determinar consistencias en el proceso.

La información incorporada en el análisis varió en función de la disponibilidad de información en cada subsistema, con las siguientes particularidades:

► **Tabla 1. Características de las estadísticas de derivaciones y pagos por subsistema utilizados en el análisis**

| Institución | Período | Alcance |
|-------------|--|---|
| IESS | 2014 a 2019 | Datos desagregados para: Azuay, Azuay Seguro Social Campesino, Chimborazo, El Oro, Imbabura, Loja, Manabí, Pichincha, Tungurahua y Guayas |
| ISSFA | 2014 a 2019 | Datos consolidados |
| ISSPOL | 2017 ³ a 2021 | Datos consolidados |
| MSP | Datos de pagos 2019 Datos de gestión de pacientes 2014 a 2019 | Datos consolidados |

Fuente: Elaboración propia.

En función de los resultados de las entrevistas, se conoce que la información en los sistemas de IESS y MSP no es completa. En el IESS se conoce que existe información que se tiene en bases de datos entregadas por empresas contratadas para la auditoría médica⁴. En el MSP, por fallas e intermitencias del sistema, una gran parte de los procesos no se llevan en el aplicativo, sino de manera paralela por matrices de registro manual. En el caso de ISSPOL, la información es desde agosto del 2017 porque es ahí cuando esta institución asume el proceso del reconocimiento económico. Estos aspectos son tomados en cuenta en el análisis de la información.

De todas las matrices, se realizó un análisis de la información común entre las distintas bases de datos enviadas. Se obtuvo información comparativa en relación con cinco puntos importantes: i) tipo de beneficiario, ii) tipo de atención derivada, iii) diagnóstico principal de la persona derivada, iv) estado del proceso y v) tiempos del proceso.

3. Año en que la institución asume el proceso.

4. El IESS ha contratado a empresas para realizar la auditoría médica en el proceso de reconocimiento económico.

► 3. Resultados del análisis

Esta sección incluye los resultados que se han obtenido en función de los componentes de la metodología antes descrita: revisión de normativa vigente, entrevistas semiestructuradas y análisis de bases de datos.

3.1. Revisión de la normativa vigente

La Constitución del Ecuador de 2008 estableció importantes mandatos para el sistema de salud ecuatoriano. Definió a la salud como un derecho que se vincula al ejercicio de otros derechos, y que el Estado es el responsable de garantizar su cumplimiento. Asimismo, instituyó a la autoridad sanitaria nacional como la responsable de normar, regular y controlar las actividades relacionadas con la salud. El marco constitucional también estableció la conformación de la Red Pública Integral de Salud como “el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado” (Asamblea Constituyente 2008), siendo parte del sistema nacional de salud.

El Ministerio de Salud, como Autoridad Sanitaria de acuerdo a lo establecido por la Ley Orgánica de Salud, y en cumplimiento de los mandatos constitucionales, lleva a cabo, entre otras, acciones necesarias para la conformación y operatividad de la Red Pública Integral de Salud. Para el cumplimiento de las responsabilidades delegadas a la autoridad sanitaria se ajustó la estructura organizacional del MSP que permitió asumir las competencias definidas por el nuevo marco constitucional.

En abril de 2012 se firmó el convenio marco para integrar la RPIS, con la participación del Ministerio de Salud Pública, Ministerio del Interior, Ministerio de Defensa, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional. De esta forma, se inició la operativización de la RPIS y se establecieron los lineamientos para su funcionamiento.

Partiendo de este marco legal, a continuación se describen los principales documentos normativos que establecen las reglas de juego del relacionamiento entre las instituciones de la RPIS. Sobre todo entre estas y la red privada complementaria, particularmente, en función del reconocimiento económico. Se presenta en primera instancia la norma específica del proceso y sus principales características, y posteriormente, la norma complementaria relacionada al mismo.

Normativa específica sobre el relacionamiento interinstitucional y el reconocimiento económico

La atención a pacientes en establecimientos de salud de un subsistema público o privado distinto al subsistema que es responsable de su cobertura en salud, y el correspondiente reconocimiento económico por la atención se rige por el cumplimiento de dos normas específicas que regulan el proceso. La norma de relacionamiento interinstitucional y el Tarifario de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud brindan el marco normativo para este proceso. Cabe mencionar que la conformación y operativización de la Red Pública Integral de Salud posibilita este escenario de relacionamiento entre las instituciones públicas del sector. A continuación, se describe la normativa específica sobre el relacionamiento interinstitucional y el reconocimiento económico.

Convenio marco interinstitucional para la conformación de la RPIS (10 de abril de 2015, Acuerdo Ministerial 017-2015)

Fue firmado entre el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio del Interior, el Ministerio de Defensa, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional.

Como antecedente existe el Convenio Marco Interinstitucional que fue suscrito en el año 2012, primer instrumento para generar un marco institucional para la derivación de pacientes entre subsistemas públicos. Este escenario se hizo extensivo a los prestadores privados para asegurar el acceso de los pacientes a los servicios de salud y así garantizar el derecho a la salud. Adicionalmente, este convenio permitió establecer instrumentos técnicos para que se genere el modelo de relacionamiento interinstitucional para la derivación de pacientes y su reconocimiento económico. El convenio marco del año 2015 fue la ratificación de aquel de 2012, con el objetivo de “establecer las directrices y los mecanismos de articulación a las que deberán sujetarse las partes para la operación articulada de la Red Pública Integral de Salud” (MSP 2015).

En el convenio se establecen las obligaciones y responsabilidades de las partes, con el reconocimiento del MSP como Autoridad Sanitaria, que encabeza y emite los acuerdos ministeriales para reglamentos, normas técnicas, protocolos, lineamientos y guías de práctica clínica que rigen a la RPIS.

Adicionalmente, se conforma el Comité Interinstitucional de Gestión de la Red, que funciona de manera permanente y está conformado por un delegado oficial de cada una de las instituciones de la RPIS. Este Comité tiene a la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud del MSP como la Secretaría Técnica. A su vez, el comité crea comisiones técnicas para el correcto funcionamiento de la RPIS.

Por otro lado, el convenio detalla las obligaciones para la prestación de servicios por parte de la RPIS, tanto de manera asistencial, como administrativa y financiera. Además, indica la manera de resolución de controversias y las razones por las cuales se puede dar la terminación del convenio marco.

Norma de Relacionamiento para la prestación de servicios de salud entre instituciones de la Red Pública Integral de Salud y la Red Privada Complementaria

El acuerdo ministerial 0091 de junio de 2017 emite la Norma Técnica Sustitutiva de Relacionamiento para la prestación de servicios de salud entre instituciones de la Red Pública Integral de Salud y la Red Privada Complementaria. Este instrumento establece los beneficiarios de cada una de las instituciones de la RPIS, la cobertura que brindan y sus excepciones. Se detalla el proceso de derivación de pacientes, la revisión de las cuentas por la atención y el proceso del reconocimiento económico. También aborda la prelación de pagos, la auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud y sus requisitos, los tiempos del proceso, las fases de la auditoría, control documental, pertinencia médica y liquidación de tarifas, el procedimiento de pago, las responsabilidades y obligaciones, el relacionamiento con las compañías de salud prepagadas y seguros de salud, el control posterior y la garantía de la calidad. Su alcance se define para las unidades de salud de la red pública integral y de la red privada complementaria.

La norma vigente, emitida con Acuerdo Ministerial 091 en 2017, derogó el Acuerdo Ministerial N° 0137 del 8 de diciembre de 2016, que ya había realizado una actualización de la norma. Esta última sustituyó al Acuerdo Ministerial 5309 de septiembre del año 2015, 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”.

Es importante mencionar que la Norma de Relacionamiento se ha visto modificada por tres reformas que posibilitan la recepción de trámites rezagados. En enero de 2017, el acuerdo ministerial 127-2016 generó la primera autorización a los integrantes de la Red Pública Integral de Salud, para que se reciba y se den paso a los trámites rezagados comprendidos entre el 1 de enero al 31 de octubre de 2016.

Posteriormente, el acuerdo ministerial 053-2017 de abril 2017 dispone “a los miembros de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria que en el plazo de dos años, contados a partir de la publicación del presente Acuerdo Ministerial en el Registro Oficial, por una sola vez, envíen, recepcen y procesen, según sea el caso, la documentación referente a los trámites represados y pendientes de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud, correspondientes a primera auditoría y levantamiento de objeciones por prestaciones de salud otorgadas, en el período comprendido desde el 10 de abril de 2012 hasta el 31 de marzo de 2017, que no haya sido previamente revisada.” (MSP 2017)

Finalmente en junio de 2019, mediante acuerdo ministerial 00367-2019, se amplía el periodo de envío, recepción, tramitación y pago de procesos que se encuentran retrasados desde el 10 de abril de 2012 hasta la fecha de emisión del acuerdo. El periodo es de dos años y exceptúa la documentación remitida como alcance de trámites previamente procesados, salvo coberturas compartidas. Cada subsistema debe tomar las medidas pertinentes para que se cuente con los recursos económicos suficientes que le permita cumplir con las obligaciones que genere esta normativa.

El proceso de relacionamiento

El proceso de relacionamiento interinstitucional y el reconocimiento económico entre las instituciones de la RPIS y entre estas y la Red Privada Complementaria parte de la derivación del paciente a un prestador externo hasta el pago por las prestaciones de salud dadas. Los subprocesos incluyen la derivación, atención del paciente, el planillaje de los servicios y la auditoría de la calidad de la facturación (Gráfico 1).

► **Gráfico 1. Proceso de relacionamiento interinstitucional y reconocimiento económico. Subprocesos y norma de aplicación**

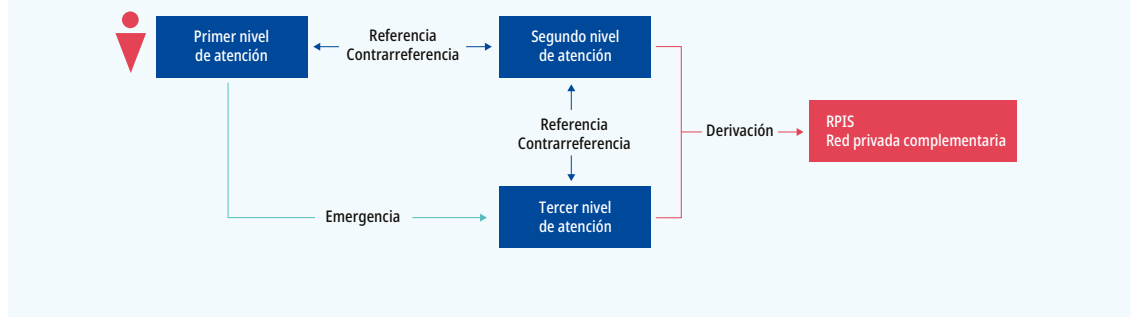


Fuente: Elaboración propia.

El proceso antes detallado se aplica para las derivaciones de pacientes a prestadores externos, es decir a establecimientos de la RPIS o de la Red Privada Complementaria. La derivación es un proceso mediante el cual se envían a pacientes de cualquier nivel de atención a un prestador externo, sea este público o privado. La derivación se puede realizar por falta de capacidad resolutoria o accesibilidad geográfica limitada.

Las derivaciones pueden ser programadas, por emergencia o por autoderivación del paciente. Las derivaciones programadas se realizan para servicios de hospitalización, exámenes, procedimientos ambulatorios, interconsulta o consulta especializada. En caso de emergencia, los pacientes pueden autoderivarse, es decir, acudir directamente a los servicios de emergencia de prestadores externos de acuerdo a las condiciones definidas en la norma. Para la autoderivación, de acuerdo a la norma vigente, se reconoce el proceso para consulta externa o emergencia, sean o no emergentes en el caso de establecimientos de la RPIS; sin embargo, para la red privada se reconocen solo las emergencias definidas en la normativa.

► **Gráfico 2. Proceso de derivación de pacientes**



Fuente: Ministerio de Salud Pública.

Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, versión 2014 y sus reformas

El Tarifario de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, emitido mediante acuerdo ministerial 4929 de julio de 2014, es el documento vigente donde se indican las prestaciones y las unidades de valor relativo (UVR) que se utilizarán para el cálculo de la tarifa techo que rige para el reconocimiento económico. Estas tarifas se aplican para el pago de los servicios de salud brindados por instituciones públicas o privadas a los pacientes derivados desde cualquier institución de la Red Pública Integral de Salud. Esta incluye: normas generales de aplicación del Tarifario; normas específicas de servicios institucionales; normas específicas de servicios odontológicos; normativa general para los servicios profesionales médicos; tarifas de prestaciones integrales; reglas de facturación; y disposiciones normativas para actualización del tarifario.

De acuerdo con lo establecido en la normativa del tarifario, este debe actualizarse cada año; sin embargo, desde la publicación del instrumento vigente aunque se han emitido varias reformas, estas han sido derogadas y no han entrado en vigencia. Con ello, el tarifario emitido en 2014 continúa vigente.

Es importante señalar que, para el cálculo de la tarifa, es indispensable el Factor de Conversión Monetaria que, si bien forma parte del Tarifario, se incluye como parte de otro cuerpo regulatorio. Mediante el acuerdo ministerial 5187 de octubre de 2014, se emiten los Factores de Conversión Monetaria⁵ (FCM) vigentes para el Tarifario Nacional de Prestaciones del SNS para el año 2014. Si bien la norma establece que estos “serán revisados anualmente por el Comité de Gestión de Red, con el propósito de actualizar los factores de conversión monetarios de servicios institucionales y de servicios profesionales médicos, en coherencia con las definiciones de la Autoridad Sanitaria Nacional” (MSP 2014), los valores emitidos en 2014 se encuentran vigentes al día de hoy.

Los FCM presentados son los siguientes:

Servicios Institucionales por nivel de atención

- Habitación, cuidado y manejo, dieta hospitalaria, otras salas hospitalarias, derechos de sala de cirugía, materiales de cirugía, derecho de uso de equipos especiales, otros derechos de sala, servicio de ambulancias
- Odontología
- Laboratorio
- Imagen, procedimientos especiales de imagen, medicina física y rehabilitación
- Procedimientos por especialidad

5. Es el valor monetario en dólares que se utiliza junto con la unidad de valor relativo para definir la tarifa de las prestaciones de salud.

Servicios profesionales médicos por nivel de atención

- ▶ Evaluación y manejo
- ▶ Cirugía
- ▶ Anestesia
- ▶ Medicina por especialidad
- ▶ Imagenología/radiología

Normativa complementaria al relacionamiento interinstitucional y el reconocimiento económico

Del proceso de relacionamiento interinstitucional de la RPIS se derivan varios subprocesos que cuentan con normativa complementaria y específica para su regulación. Estos subprocesos son: la derivación y recepción de pacientes, la atención de salud, el planillaje y la auditoría de la calidad de la facturación.

Adicionalmente, existen otras normas de aplicación para el sistema público de salud que se relacionan a este proceso de relacionamiento, aunque su alcance es mayor. Tal es el caso de la definición del Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos, el Modelo de Atención Integral de Salud MAIS, la norma para homologar la tipología de establecimientos de salud, entre otras. Estas normas son relevantes en el relacionamiento de la RPIS, pero su aplicación se da desde el propio funcionamiento del sistema de salud. En ese contexto, no se describen en la presente sección.

A continuación, se detallan normas específicas que regulan subprocesos relacionados al reconocimiento económico.

Aplicación de los Lineamientos del Proceso de Planillaje y Facturación de los Servicios de Salud (12 de noviembre 2016, Acuerdo Ministerial 98)

Este instructivo establece de manera detallada los procesos de planillaje y facturación y los documentos requeridos en cada caso. El alcance de esta norma es de carácter obligatorio en los subsistemas (financiadore/aseguradores y prestadores) que conforman la Red Pública Integral de Salud para que se genere el reconocimiento económico de los servicios de salud brindados por estos prestadores. Es un instrumento que busca facilitar la aplicación de lo dispuesto en la norma de relacionamiento y en el tarifario de prestaciones.

La metodología para el proceso de planillaje de facturación indica que las tarifas para la aplicación de estos procesos se hacen en base al Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud que se encuentre vigente. Se planillará cada procedimiento realizado al usuario, así como cada medicamento y/o dispositivo utilizado para la atención.

En cuanto al primer nivel de atención se establecen condiciones particulares. En este caso, la norma aclara que “el documento que valida la atención es la copia del parte diario, con fecha correspondiente a la prestación del servicio y que se procesa en el sistema informático”. Esta condición simplifica el proceso respecto los requisitos solicitados en el nivel hospitalario, en donde es necesario presentar como justificativo del servicio ofertado el acta entrega-recepción, solicitud de exámenes o resultados, entre otros documentos. En el caso del MSP, la norma define que son los distritos de salud los encargados de desarrollar el proceso técnico y su máxima autoridad quien valide los datos del sistema de información.

Norma para la Selección y Adquisición de Servicios de Salud de la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria

Emitida el 09 de mayo 2018 mediante Acuerdo Ministerial 217, con lo cual se deroga los Acuerdos Ministeriales N° 5310, N° 156 y No. 0050-2017. Fue reformada vía Acuerdo Ministerial 00052-2019 del 17 de octubre 2019. Se emitió con el fin de establecer el proceso para poder elegir a los prestadores de servicios de salud para la RPIS. Tiene como objetivos específicos: validar las unidades de salud, establecer los mecanismos de pago en el reconocimiento económico y evaluar y monitorear a los prestadores y su comportamiento. Esta norma definió que la calificación de los establecimientos de salud, que realiza la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada ACCESS para emitir el permiso de funcionamiento, es el requisito habilitante para prestar servicios a la RPIS.

Los establecimientos de salud privados podrán solicitar su inscripción en el Registro de Prestadores de Servicios de Salud de la RPIS. Además, las instituciones de la RPIS pueden suscribir convenios con prestadores de servicios de acuerdo a sus necesidades.

En función del prestador y las prestaciones generadas, se establece de qué manera se coordinará el mecanismo de pago y el proceso para llegar a la liquidación efectiva de lo realizado. Esta norma establece la posibilidad de establecer convenios específicos con los prestadores de salud para la entrega de pagos anticipados. De igual manera se detalla la forma de asignar prestadores relacionadas a servicios de diálisis, servicios hospitalarios, servicios ambulatorios de consulta externa y procedimientos ambulatorios de diagnóstico y tratamiento.

► **Tabla 2. Normativa relacionada al Modelo de Reconocimiento Económico**

| Título | Fecha | N° Acuerdo Ministerial | Objetivo de la regulación | Indicación del proceso | Reformas/normas previas | |
|---|---|------------------------|---------------------------|--|---|--|
| Norma específica sobre el relacionamiento interinstitucional y el reconocimiento económico | | | | | | |
| 1 | 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 RPIS | 10 de abril 2015 | 17 | El convenio tiene por objeto establecer las directrices y los mecanismos de articulación a las que deberán sujetarse las partes para la operación articulada de la Red Pública Integral de Salud | El convenio marco detalla las instituciones que conforman la Red Pública Integral de Salud, sus obligaciones y responsabilidades, la solución de controversias, terminación del convenio | Actualizó el Convenio Marco de la RPIS suscrito en 2012 |
| 2 | Norma Técnica sustitutiva de relacionamiento para la prestación de servicios de salud entre instituciones de la Red Pública Integral de Salud y la Red Privada Complementaria | 28 de junio 2017 | 0091-2017 | Normar los procedimientos administrativos del relacionamiento interinstitucional por derivación de usuarios/pacientes, que garanticen el acceso universal, oportuno y equitativo a las prestaciones de salud en los establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria | Establece quiénes son los beneficiarios de cada una de las instituciones de la RPIS, la cobertura y excepciones. Se detalla el proceso de derivación, el reconocimiento económico, prelación de pagos, de la auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud, los tiempos del proceso, fases de la auditoría, control de tarifas y liquidación, procedimiento de pago, responsabilidades y obligaciones | Sustituye a la norma de relacionamiento emitida previamente mediante AM 5309 de 2015 |

| | Título | Fecha | N° Acuerdo Ministerial | Objetivo de la regulación | Indicación del proceso | Reformas/normas previas |
|---|--|----------------------|------------------------|---|---|--|
| 3 | Disponer a los miembros de la RPIS y RPC un plazo de dos años se envíen, recepen y paguen los trámites rezagados y pendientes de Auditoría de Calidad de Facturación de los Servicios de Salud | 13 de junio 2019 | 0367-2019 | Disponer a los miembros de RPIS y RPC una ampliación de plazo de dos años para el envío, recepción, procesamiento, y pago de trámites retrasados desde el 10 de abril de 2012 hasta la fecha de vigencia del acuerdo | La normativa establece la ampliación de plazo para aquellos trámites retrasados desde 10 de abril de 2012, con excepción de aquella documentación remitida como alcance de trámites previamente presentados, salvo en coberturas compartidas | El AM 127-2016 otorgó excepcionalmente a la RPIS la autorización de en un plazo máximo de 180 días se reciban expedientes del 01 de ene al 31 de oct de 2016 El AM 0053-2017 de abril 2017 dispuso la recepción de los trámites represados y pendientes de 2012 a marzo 2017, por un plazo de dos años |
| 4 | Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud y sus reformas, versión 2014 | 26 de julio 2014 | 4928 | El Tarifario es el instrumento técnico que regula el reconocimiento económico de los servicios de salud brindados por las instituciones públicas, entre estas y con las privadas en el marco de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y la Red Complementaria del Sistema Nacional de Salud. Los valores registran el techo máximo del valor para el reconocimiento económico entre prestadores y financiadores | El documento entrega un detalle de los códigos CPT y las unidades de valor relativo (UVR) que serán utilizados para el cálculo de la tarifa por prestación sanitaria | Se han dado varios cambios a la normativa entre 2015 y 2020. El AM 088 establece la vigencia del Tarifario 2014 y sus reformas |
| 5 | Factores de Conversión Monetaria del Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, versión 2014 | 31 de octubre 2014 | 5187 | Aprobar y expedir los Factores de Conversión Monetaria del Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, que contiene el valor monetario para las secciones: servicios institucionales y servicios profesionales | El acuerdo ministerial detalla en sus artículos 4 y 5 los Factores de Conversión Monetaria para los servicios institucionales y servicios profesionales médicos por cada uno de los niveles de atención | |
| Norma complementaria sobre el relacionamiento interinstitucional y el reconocimiento económico | | | | | | |
| 1 | Norma Procedimiento Evaluación y Adquisición de Servicios de Salud. Registro Oficial – Edición Especial N° 439, del 31 de diciembre del 2015 | 31 de diciembre 2015 | 5310 | Evaluar la estructura de los servicios de salud ofertados por prestadores de la red pública y complementaria, en términos de disponibilidad de servicios, infraestructura y equipamiento, para la calificación de los mismos. Evaluar los procesos administrativos de los servicios de salud, la gestión del talento humano en los servicios ofertados, la gestión económica-financiera, verificar si los oferentes disponen de indicadores para evaluar la gestión | Establece los estándares para la calificación de prestadores de servicios de salud. Es una matriz en la cual se establece la existencia de las distintas áreas de una casa de salud de este nivel de atención. Con esta matriz se establece un puntaje alcanzado por el oferente. Adicionalmente se indican matrices para evaluar los procesos administrativos de los servicios de salud, la gestión del talento humano en los servicios ofertados, la gestión económica-financiera | Reformado mediante AM 050-2017 de abril 2017, se generaron cambios en los procedimientos de evaluación, selección, calificación y adquisición de servicios de salud |

| Título | Fecha | N° Acuerdo Ministerial | Objetivo de la regulación | Indicación del proceso | Reformas/normas previas | |
|---|---|------------------------|---------------------------|--|---|---|
| Norma complementaria sobre el relacionamiento interinstitucional y el reconocimiento económico | | | | | | |
| 2 | Aplicación de los Lineamientos del Proceso de Planillaje y Facturación de los Servicios de Salud (instructivo) | 12 de noviembre 2016 | 98 | Establecer y estandarizar los procedimientos administrativos que permitan el proceso de planillaje y facturación de las prestaciones de salud brindadas a los usuarios/pacientes en los establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) con la finalidad de recuperar los valores causados por dicha prestación | La norma detalla los procesos operativos de planillaje y facturación de los servicios de salud en el segundo y tercer nivel de atención: control documental, control técnico médico, control de tarifas y organización documental. Lo mismo se realiza para el caso del primer nivel de atención. Se anexan los documentos necesarios | |
| 3 | Norma para Aplicar Métodos Estadísticos en el Control Técnico Médico de Pertinencia Médica en las Instituciones de la Red Pública Integral de Salud | 30 de junio 2016 | 0046-2016 | Establecer los lineamientos para aplicar métodos estadísticos en el control técnico médico de pertinencia médica para agilizar el proceso | | Reformada mediante AM 0045-2017 de abril de 2017 |
| 4 | Norma para la Selección y Adquisición de Servicios de Salud de la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria | 09 de mayo 2018 | 0217-2018 | Regular el procedimiento que aplicará la Red Pública Integral de Salud (RPIS) para la selección de prestadores de servicios de salud y la adquisición de estos servicios en la Red Pública Integral de Salud y en la Red Privada Complementaria (RPC) | Determinar la manera en la cual el prestador deberá calificarse, la elaboración de los convenios, los mecanismos de pago, la asignación de los prestadores | Se reforma artículo 4 mediante AM 0052-2019 de octubre 2019 |
| 5 | Reglamento para la derivación de usuarios/pacientes hacia prestadores internacionales de servicios de salud | Julio 2020 | 0037-2020 | Establecer el procedimiento para la derivación de usuarios / pacientes hacia prestadores internacionales de servicios de salud, el pago económico por la atención y la entrega de recursos económicos para gastos complementarios. De aplicación en la RPIS | Determina los requisitos para derivación de pacientes, la documentación requerida, la creación del Comité Nacional Interinstitucional para Análisis de Derivación Internacional, selección de prestadores, proceso de financiamiento y del seguimiento de pacientes | Sustituye a la Norma técnica para la Derivación y Financiamiento de cobertura internacional para la atención integral de salud de usuarios con condiciones catastróficas, emitida mediante AM 4194 de septiembre 2013 |

Fuente: Ministerio de Salud Pública.

3.2. Descripción del proceso de reconocimiento económico en base a la normativa vigente

En esta sección se detallan los procesos relacionados con el Modelo de Reconocimiento Económico de acuerdo con la normativa vigente. Este análisis es importante porque establece las características de los diferentes procesos de manera óptima y según los objetivos que busca la Red Pública Integral de Salud.

En primer lugar, es importante conocer quiénes son los beneficiarios de cada subsistema público, puesto que esto indica la cobertura de las prestaciones utilizadas y por lo tanto el financiamiento de la prestación de salud. Los beneficiarios de las instituciones públicas de salud se detallan en el Gráfico 3.

Es importante mencionar que, conforme a las leyes vigentes, el Estado realiza contribuciones obligatorias destinadas a financiar las prestaciones de salud de ciertos grupos de beneficiarios en los distintos regímenes de seguridad social. En el caso del IESS, el Estado, a través de una contribución obligatoria, financia las prestaciones de salud de jubilados, jefas de hogar, personas con discapacidad y el tratamiento de enfermedades catastróficas. En el caso de ISSFA, el Estado debe financiar las prestaciones de excombatientes y sus viudas, y pensionistas del Estado, así como las prestaciones de aspirantes y concriptos siniestrados en actos del servicio.

► Gráfico 3. Descripción de los beneficiarios según el asegurador público

| IESS | ISSFA | ISSPOL |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ Afiliados al Seguro General Obligatorio ▶ Afiliados al Seguro Campesino y sus dependientes acreditados ▶ Hijos de afiliados menores de 18 años. ▶ Jubilados ▶ Beneficiarios de montepío por orfandad hasta 18 años y por viudez que aporten a salud ▶ Jefa de hogar con cargo a la contribución obligatoria del Estado | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Militar en servicio activo ▶ Militar en servicio pasivo calificado como pensionista ▶ Aspirantes a oficiales y tropa conforme a la ley ▶ Ex combatientes de pensionistas de la Campaña 1941 y sus viudas ▶ Familiares dependientes y derecho habientes según la ley ▶ Pensionistas de montepío | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Asegurados en servicio activo ▶ Asegurados en servicio pasivo calificado como pensionista ▶ Aspirantes a oficial y a policía, siniestrados en actos de servicio ▶ Cónyuge o persona en unión de hecho legalmente registrada ▶ Hijos menores de edad del asegurado ▶ Hijos mayores de edad del asegurado que tengan discapacidad en forma total y permanente sin renta propia ▶ Padres que dependen del asegurado ▶ Beneficiarios de montepío |
| MSP | | SPPAT |
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ Población que no cuente con afiliación registrada y/o derecho de cobertura de ningún subsistema público ▶ Población que siendo afiliado se encuentra en tiempo de espera para acceder a seguridad social ▶ Personas que han sufrido un accidente de tránsito, cuya atención de salud supere el monto de cobertura del SPPAT ▶ Trabajador/a que solicite licencia no remunerada por maternidad o paternidad ▶ Trabajadores y trabajadoras del hogar no remunerados, afiliados al IESS que no aportan para acceder al seguro de salud ▶ Hijas de afiliados a la seguridad social para la contingencia de maternidad ▶ Extranjeros que no han obtenido residencia temporal o definitiva | | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Toda persona que ha sufrido un accidente de tránsito en el territorio nacional, con cobertura hasta monto establecido por la autoridad respectiva |

Fuente: MSP (2017), Acuerdo Ministerial 0091.

La normativa vigente de relacionamiento interinstitucional y reconocimiento económico (Acuerdo Ministerial 0091) establece que la cobertura de salud “incluye las prestaciones de salud de promoción, prevención y morbilidad, según lo dispuesto por la Autoridad Sanitaria nacional, en los servicios de: emergencia, ambulatorio, pre-hospitalario, internación/hospitalización, diálisis, rehabilitación y cuidados paliativos, así como la atención domiciliaria” (MSP 2017). Para lo cual, todo prestador de salud que ha recibido un paciente por derivación de la Red Pública Integral de Salud, no debe requerir al usuario ningún tipo de pago antes o después de haber recibido la prestación, así como la compra de ningún medicamento o dispositivo médico.

Por lo tanto, el proceso de derivación, así como los documentos que este genera, son esenciales para el inicio del reconocimiento económico. Entiéndase por derivación a “el procedimiento por el cual los prestadores de salud envían a los usuarios/pacientes de cualquier nivel de atención a un prestador externo”. Esta derivación se realizará entre los establecimientos de la RPIS y, únicamente en el caso de no contar con disponibilidad, se procederá a derivar a la Red Privada Complementaria.

Una derivación puede ser programada o de emergencia, pero para que se pueda efectivizar se debe verificar la disponibilidad del servicio en los prestadores públicos y privados y solicitar un código de validación, mediante el cual se autoriza al establecimiento la entrega de una prestación que será reconocida posteriormente.

Sin embargo, también existe el proceso de autoderivación, en el que un paciente “llega a un establecimiento de salud público o privado sin un proceso previo de derivación”, sea al servicio de emergencia o al de consulta externa. Cuando un usuario RPIS se autoderiva a otro establecimiento público, se reconocerá todo el pago generado por la atención en salud. Cuando la autoderivación es hacia la Red Privada Complementaria, solo se reconocerá aquellas prestaciones que se ajusten a los criterios de prioridad I y II del triage Manchester modificado⁶.

Con este antecedente, se da el reconocimiento económico, el cual es “el pago de los gastos originados por la atención de salud que se brinde a los usuarios/pacientes; se realizará luego de efectuada la Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud”.

Para el reconocimiento económico, una vez que se ha brindado la atención médica al paciente, el prestador de servicios de salud realiza un proceso de planillaje de facturación que detalla los procedimientos realizados al usuario y los medicamento y/o dispositivo utilizados para la atención. En esta etapa, un instrumento esencial es el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, puesto que el mismo indica cuál es la tarifa a ser reconocida por cada prestación. El tarifario también describe las condiciones de facturación de los medicamentos y dispositivos médicos. En ambos casos a precios de compra de la institución más un 10 por ciento de gastos de gestión, para lo cual las instituciones de la red privada complementaria deben realizar una declaración juramentada sobre dichos valores.

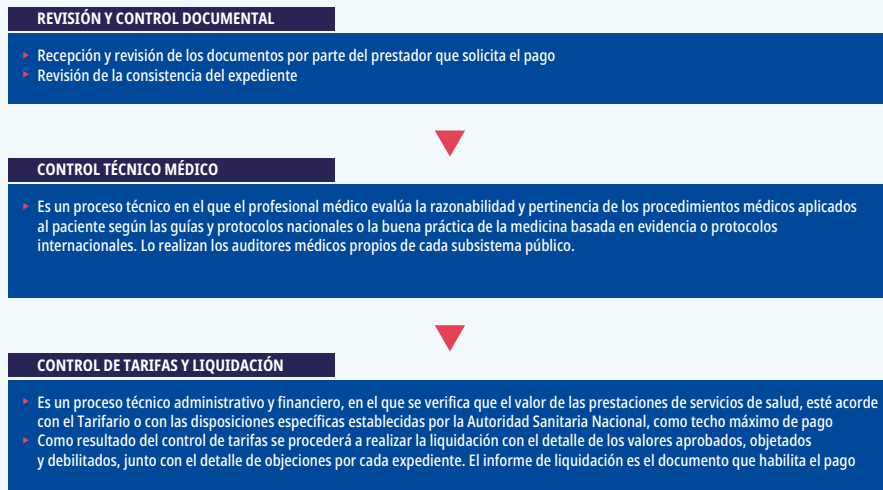
El pago de los prestadores de salud se realiza contra prestación de la factura de los valores económicos aprobados como resultado del proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud. Para el pago del servicio, esta factura, en conjunto con todos los documentos habilitantes, deberá ser enviada a las instituciones financiadoras/aseguradoras, responsables de los usuarios/pacientes según la provincia en la que se encuentra la unidad de salud que realizó la prestación.

Un aspecto importante dentro del modelo de reconocimiento económico es la existencia de la prelación de pago. Es decir que todas “las instituciones financiadoras/aseguradoras públicas y privadas, participarán responsable, solidaria y equitativamente en el pago de las atenciones que reciban sus beneficiarios, por tanto, los establecimientos prestadores de servicios de salud requerirán el pago de las prestaciones dadas...” (MSP 2017) según el orden de prioridad establecido en la normativa.

Dentro del modelo de reconocimiento económico, cada entidad financiadora debe realizar el proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud. Este proceso consta de las etapas que se pueden observar en el siguiente gráfico.

6. El sistema de triage Manchester es un sistema de clasificación y priorización de pacientes en las áreas de emergencias, según el grado de urgencia de los síntomas y signos que presentan.

► **Gráfico 4. Fases de la auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud**



Fuente: MSP (2017). Acuerdo Ministerial 091.

Con posterioridad a la auditoría de calidad de la facturación se realiza el procedimiento de pago, cuya etapa previa corresponde a una gestión documental en la que se revisa la organización, existencia y consistencia de la documentación que se enviará como soporte de los pagos.

Para el pago, el prestador deberá presentar en cada trámite lo siguiente: *a)* oficio/memorando de solicitud de pago; *b)* planilla consolidada; *c)* planillas individuales originales; *d)* certificado de afiliación o consulta en línea de cobertura de salud (en caso de menores de edad las de sus padres); *e)* código de validación en los casos que dispone la Norma y únicamente para la Red Privada Complementaria; y *f)* acta Entrega- Recepción, según dispone esta Norma y solamente para prestadores de la Red Privada Complementaria.

Adicionalmente a esto existen documentos específicos que el prestador debe incluir dependiendo si la prestación fue internación/hospitalización, ambulatoria, emergencia, prehospitalario, diálisis, trasplante y primer nivel de atención.

La normativa establece tiempos límite que se debe cumplir dentro del proceso de auditoría de la calidad de la facturación.

► **Gráfico 5. Tiempos según fases del proceso**

| | |
|--|--|
| Recepción | ► Envío de documentación del prestador hasta los 20 días laborables del mes siguiente de realización de la prestación |
| Revisión documental | ► Hasta 5 días laborables una vez recibida la documentación, si el trámite no es rechazado |
| Término de auditoría | ► Proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud tendrá un término de hasta 45 días laborables. Los tiempos se cuentan desde la fecha de recepción del trámite con la documentación de respaldo completa |
| Levantamiento de objeciones | ► Para el levantamiento de objeciones el prestador de servicio de salud tiene un término de 45 días laborables desde la recepción de la documentación completa |
| Término de la auditoría al levantamiento de objeciones | ► Término máximo de 45 días laborables |
| Término para emitir la orden de pago | ► Una vez concluido el proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud, en un término de hasta 30 días laborables posterior a la entrega de la factura |
| Entrega de informe de liquidación / financiamiento compartido | ► Para la entrega del oficio e informes de liquidación por tipo de servicio y mes de prestación desde el prestador al financiador/ asegurador, el término es de hasta 10 días laborables a partir de la recepción del informe de liquidación |

Fuente: Normativa MSP.

En términos generales se ha descrito las diferentes fases de la Auditoría de la Calidad de los Servicios de Salud. Sin embargo, existen diferencias en ciertas fases según el asegurador público y su naturaleza.

► **Gráfico 6. Descripción del Modelo de Reconocimiento Económico**



Nota: ACFS (Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud).
Fuente: Normativa MSP.

3.3 Resultados de entrevistas semiestructuradas

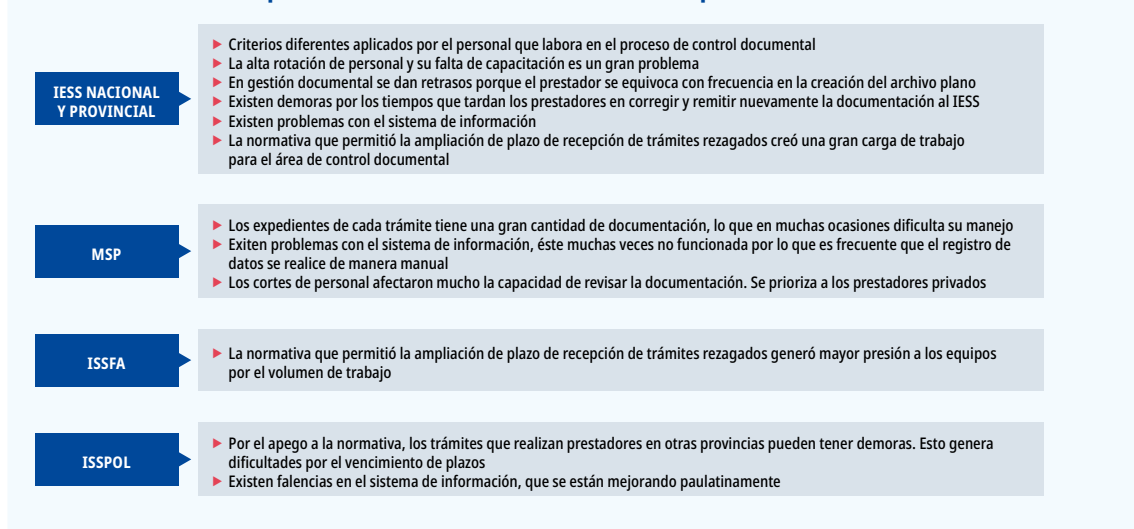
Tomando en cuenta lo establecido en la normativa vigente, es importante conocer la realidad del proceso dentro de los diferentes subsistemas, tanto a nivel local como nacional. Con el objetivo de examinar estas diferencias se utilizaron entrevistas semiestructuradas para obtener información de actores clave del proceso en los distintos subsistemas y en distintos niveles de gestión.

Para conocer el estado de situación del modelo de reconocimiento económico se realizaron entrevistas semiestructuradas a representantes de los diferentes actores de la RPIS, tanto a nivel nacional como a nivel local. Los resultados se presentan diferenciando la perspectiva de las instituciones como aseguradoras/ financiadoras y como prestadores de servicios de salud.

Instituciones aseguradoras / financiadoras públicas de salud

A continuación, se presentan diferentes esquemas con los puntos más importantes que surgieron en los subsistemas, según los procesos de calidad de la auditoría de la facturación:

► **Gráfico 7. Puntos importantes de las entrevistas sobre el proceso de control documental**



Fuente: elaboración propia sobre la base de las entrevistas realizadas.

► **Gráfico 8. Puntos importantes de las entrevistas sobre el proceso de control técnico médico**

| IESS central y provincial | ISSFA |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ► Divergencias entre criterios médicos. Ambigüedad en la normativa y el tarifario ► Información de los documentos no son llenados de manera adecuada respecto al sustento de información médica ► Existe una alta rotación de personal y muy pocos auditores médicos ► El sistema de información no permite que se pueda generar un proceso fluido ► “El sistema no da pistas a la pertinencia médica y de liquidación. Existe un gran problema en cuanto al número de auditores existentes, por lo que tuvieron que contratar a una empresa externa para que audite procesos rezagados. Sin embargo, esto generó un problema puesto que existe información en diferentes bases de datos” | <ul style="list-style-type: none"> ► Cada subsistema tiene una diversidad de criterios, por ejemplo, la interpretación del tarifario, la norma de relacionamiento ► Problemas en el llenado de información en el sistema. Los prestadores de la RPIS tienen muchas equivocaciones en el envío de documentos, especialmente epicrisis ► Muchas veces el MSP genera cambios en la normativa y no socializa |
| MSP | ISSPOL |
| <ul style="list-style-type: none"> ► Alta rotación de personal, corte de personal ► Diferencias de criterios genera retrasos en el proceso ► Falta de guías de práctica clínica ► El sistema dificulta o retrasa la auditoría | <ul style="list-style-type: none"> ► Mala calidad de información ingresada en historias clínicas y epicrisis ► En algunos casos, el tiempo de consenso entre auditores dilata el proceso ► Alta rotación de personal versus la cantidad de trabajo |

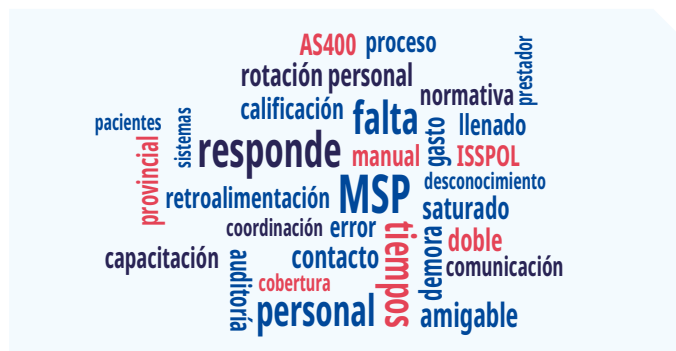
Fuente: Elaboración propia sobre la base de las entrevistas realizadas.

► **Gráfico 9. Puntos importantes del proceso de pago**

| IESS | MSP | ISFA | ISPOL |
|--|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ► Proceso centralizado en Quito ► Sistema informático no permite hacer rápido los trámites por lo cual se manejan en Excel y luego se pasa al sistema correspondiente | <ul style="list-style-type: none"> ► El pago efectivo no depende del MSP ► Proceso largo y centralizado en el Ministerio de Finanzas ► Demoras en el pago según prioridad y disponibilidad de recursos del Ministerio de Finanzas | <ul style="list-style-type: none"> ► Documentación no adecuada, como es el caso del permiso de funcionamiento caducado ► Rotación de personal encargado del contacto con el prestador | <ul style="list-style-type: none"> ► Al momento de la notificación a los prestadores, algunos no realizan las facturas a tiempo |

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las entrevistas realizadas.

Como se puede observar dentro de lo indicado por los distintos actores de la RPIS, tanto a nivel nacional como local existen muchos puntos de mejora que son comunes.



Entre los puntos importantes que vale la pena destacar se pueden mencionar las dificultades expresadas por los sistemas de información que tienen cada uno de los integrantes de la Red Pública Integral de Salud.

Existen cinco puntos importantes de cambio que se rescataron en común en las entrevistas a los diferentes actores de la RPIS: i) alta rotación de personal en las distintas etapas del proceso de reconocimiento económico, ii) sistemas de información con deficiencias lo que dificulta las distintas etapas del proceso, iii) cambios normativos sin suficiente difusión, iv) diversidad de documentos

establecidos para la ejecución del proceso para el reconocimiento económico, y v) diversidad de criterios médicos aplicados para el control técnico médico.

Un elemento transversal a los puntos identificados anteriormente es el talento humano que interviene en el proceso de reconocimiento económico, particularmente en la etapa de auditoría de calidad de la facturación. Esta fase se caracteriza por ser compleja en ejecución, tanto por las características propias de la actividad médica, como por la documentación que se genera y requiere ser revisada. Ello implica que se debe contar con profesionales con conocimiento clínico suficiente, con competencias por experiencia, y con conocimiento y acceso a la norma que rige el proceso. Esto último requiere capacitación permanente. Estas condiciones determinan un limitado número de profesionales especializados en el ámbito requerido, lo que se constituye en un nudo crítico para todo el proceso de reconocimiento económico. Relacionado a ello, existe una alta rotación del personal, limitada capacitación desde las instituciones públicas y poca oferta de especialización y/o formación superior en auditoría médica.

Otro elemento relevante son los continuos cambios institucionales y de autoridades en las entidades públicas de salud, lo que dificulta la institucionalización de los procesos y su continuidad. De forma más reciente, el impacto de la pandemia por la COVID-19 en el sistema de salud, la reorientación de prioridades que generó, el rol de la Autoridad Sanitaria, entre otros factores, podrían haber incidido en los mecanismos de coordinación y articulación de la RPIS.

Instituciones prestadoras de servicios de salud

En esta sección se sistematizan los principales puntos abordados por los prestadores de servicios de salud incluidos en el análisis, tanto del IESS como del sector privado.

Desde la perspectiva de los funcionarios que trabajan en los establecimientos del IESS, se identifican los siguientes como principales nudos críticos:

- Información errónea e incompleta, por lo que se debe hacer una doble depuración de los datos que están en el sistema.
- Deficiencias en el registro del diagnóstico por parte del profesional de la salud en el sistema de información que se utiliza para el efecto.
- El sistema de información que se utiliza resulta insuficiente para la realidad operativa y no es un sistema de fácil uso.
- El manejo de la documentación en físico es difícil de gestionar, ya que son varios documentos y un gran número de pacientes.
- El faltante de información es persistente, por lo cual luego de la revisión del personal se modifica el archivo plano. El envío manual al MSP toma tiempo.
- No poseen personal para revisión técnica médica.

Para abordar el ámbito privado se realizó una entrevista a la representante de una organización que aglutina a un conjunto de prestadores de salud del sector privado, varios de ellos forman parte de la red privada complementaria. Es importante mencionar que existen varios prestadores privados con un importante nivel de relacionamiento con la RPIS que no se encuentran asociados, en cuyo caso el relacionamiento se realiza de manera individual⁷.

Los principales puntos abordados se describen a continuación:

7. Para el presente estudio no se han realizado entrevistas a estos prestadores privados por limitaciones para el acceso.

- ▶ El sector privado tiene claro que su rol es de complementariedad de la RPIS dentro de la organización del Sistema Nacional de Salud. La oferta principal se encuentra en los servicios hospitalarios en el tercer nivel de atención, es decir en los servicios de alta complejidad.
- ▶ La participación del sector privado dentro de la construcción de herramientas como el Tarifario de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud ha sido mínimo con el pasar de los años, pese a ser un actor clave del proceso.
- ▶ El principal problema con el sector público es la deuda por los servicios prestados por el privado. Esta deuda tiene valores pendientes desde el año 2009 especialmente con el IESS. Esta situación ha afectado a los prestadores, pues por su giro de negocio, trabajan a partir de los ingresos generados no en base a un presupuesto asignado.
- ▶ Por esta razón muchos prestadores privados han decidido no atender a pacientes derivados del sector público y, en caso de emergencias, lo consideran como una pérdida. El largo recorrido que implica el reconocimiento económico hasta llegar a un pago efectivo desmotiva mantener la relación con la RPIS. Adicionalmente, la situación de pago y de deuda es inmanejable y pone en riesgo de quiebra a las instituciones privadas.
- ▶ Para solventar la deuda el IESS ha implementado los pagos anticipados, conforme a lo establecido en la norma, para aquellas instituciones que tengan menos del 10 por ciento de objeciones.
- ▶ El principal nudo crítico es el proceso de control técnico médico para la revisión de la pertinencia médica. La principal razón es que las instituciones no tienen el número necesario de auditores médicos. Además, el sector privado argumenta que los auditores médicos realizan la revisión de documentos tratando de cubrirse de futuros juicios o procesos de auditoría de los órganos de control⁸, por lo que solicitan documentos que van más allá de lo establecido por la normativa vigente. Esto hace que el proceso de reconocimiento económico sea largo y con una extensa lista de documentos.
- ▶ Un problema adicional son las herramientas tecnológicas, ya que son diferentes para cada uno de los actores de la RPIS.
- ▶ La organización considera que existen algunas alternativas de solución. Por un lado, es importante la revisión del modelo de salud y del Sistema Nacional de Salud en general. Además, se debe considerar nuevos mecanismos de pago que hagan más eficiente el proceso de reconocimiento económico, uno de ellos puede ser el de Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD).
- ▶ Es indispensable una capacitación continua a los equipos de auditoría médica sobre los criterios médicos y los procesos administrativos que se encuentran vigentes.

Como puntos coincidentes entre los prestadores de servicios de salud se destaca, por un lado, la dificultad de solicitar el pago con la presentación de información en formatos diferentes según la institución que financia la prestación, así como los distintos criterios de revisión a los que se somete el trámite. A esto se suman las demoras del proceso de auditoría por el limitado personal, lo que genera retrasos en el pago por las prestaciones brindadas. En general, el proceso se percibe como complejo dados los recursos requeridos (talento humano, sistemas de información), la variabilidad de criterios técnico médicos (rotación de personal, falta de capacitación) y el tiempo que toma el proceso.

Conclusión de las entrevistas semiestructuradas

Conectando los resultados de las entrevistas de las organizaciones del sector público y privado, se puede concluir que existen puntos en común en materia de aspectos críticos:

8. Particularmente, se hace referencia a los procesos de auditoría que ha llevado a cabo la Contraloría General del Estado, que han derivado en glosas y sanciones a los auditores. Esto ha ocasionado que los equipos de auditoría busquen contar con mayores respaldos frente a futuras auditorías.

1. Problemas en el proceso de pertinencia médica: número insuficiente de auditores médicos y diversidad de criterios aplicados en el proceso. Esto se relaciona además con los procesos de auditoría que se realizan por parte del organismo de control, cuyas observaciones a procesos previos han motivado a los funcionarios responsable de la calidad de la facturación a incorporar requisitos y controles adicionales a fin de cubrirse ante posibles sanciones de los órganos de control, aumentando la discrecionalidad de la auditoría.
2. Un problema estructural en el sistema de salud es la variada disponibilidad de sistemas de información y la interoperabilidad entre los sistemas existentes. Esta situación afecta de forma importante al proceso de relacionamiento de la RPIS y al reconocimiento económico. La existencia de distintos sistemas de información —y con capacidades diferentes— en cada una de las instituciones que conforman la RPIS dificulta el desarrollo de un proceso eficiente, que posibilite el registro adecuado de las prestaciones brindadas y asegure menores tiempos en cada etapa del relacionamiento interinstitucional.
3. Bajo la percepción de los funcionarios entrevistados, la regulación del proceso de reconocimiento económico tiene una limitada participación de los diferentes actores del Sistema Nacional de Salud. Aunque la construcción de la normativa que afecta a la RPIS se realiza en consulta y con participación de las instituciones que la conforman, los continuos cambios del personal, así como los mecanismos de socialización de las modificaciones normativas a los responsables en el ámbito operativo, pueden generar esta situación.

3.4. Análisis de datos de derivaciones y pagos

Los datos utilizados para el análisis tienen diferentes características de acuerdo a la información proporcionada por las instituciones públicas de salud. En la sección metodológica se describe la información utilizada para el análisis.

Con la información disponible, se puede establecer de manera general algunas características de la derivación de pacientes en los subsistemas públicos. En todas las instituciones públicas de salud, el mayor porcentaje de derivaciones a prestadores externos se realiza a la red privada complementaria. El Ministerio de Salud Pública y el IESS, quienes son los dos prestadores públicos más grandes, tienen un porcentaje alto de derivación al sector privado (Tabla 3).

► **Tabla 3. Porcentaje de derivaciones por subsistemas, 2014-2019⁹**

| Institución | Red Pública | Red complementaria |
|-------------|-------------|--------------------|
| MSP | 2 % | 98 % |
| ISSFA | 9 % | 91 % |
| IESS | 2 % | 98 % |
| ISSPOL* | 20 % | 80 % |

Nota: Participación de acuerdo al valor aprobado para pago a prestadores externos, con excepción del ISSFA que la proporción se calcula sobre el número de expedientes.

*Datos de 2017 a 2019.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la información proporcionada por los subsistemas.

En función de los prestadores que han recibido la derivación por parte de los diferentes subsistemas, existen diferentes pagos promedios en el periodo agregado de análisis. En el MSP, es la Junta de Beneficencia de Guayaquil la que ha recibido, en promedio, un pago superior al de los otros prestadores, seguido por SOLCA. Sin embargo, es importante indicar que existe un número importante de empresas

9. Para esta tabla se tomaron los valores en el periodo 2014-2019.

* En el caso de ISSPOL corresponde al periodo 2017-2021.

dializadoras a donde se derivan los pacientes del MSP. Una situación similar se presenta en el resto de instituciones de la RPIS.

A continuación se describen los principales datos para cada uno de los subsistemas de la RPIS.

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

Entre 2014 y 2019 se brindaron en promedio 4,7 millones de atenciones a beneficiarios del IESS en prestadores externos, para una media de 1,72 millones de pacientes por año. La composición de los beneficiarios de las derivaciones de salud ha variado en el tiempo. El protagonismo de los afiliados al seguro general ha cambiado por el de los hijos de afiliados, pensionistas y aquellos del seguro social campesino. La participación de las derivaciones de los afiliados al seguro general ha pasado del 69 por ciento en 2014 al 37 por ciento en 2019, mientras que las realizadas a hijos/as de afiliados se han incrementado en 10 puntos porcentuales en el mismo período (Tabla 4).

► **Tabla 4. IESS. Beneficiarios de las derivaciones**

| | Afiliado del Seguro General | Hijos de afiliado <18 años | Pensionista del Seguro General | Familiar Seguro Social Campesino | Otros |
|------|-----------------------------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-------|
| 2014 | 69 % | 9 % | 8 % | 6 % | 7 % |
| 2015 | 66 % | 13 % | 10 % | 3 % | 8 % |
| 2016 | 51 % | 14 % | 15 % | 6 % | 15 % |
| 2017 | 40 % | 12 % | 22 % | 7 % | 19 % |
| 2018 | 37 % | 16 % | 21 % | 7 % | 19 % |
| 2019 | 37 % | 19 % | 17 % | 10 % | 18 % |

Fuente: Elaboración propia sobre la base del IESS.

En los últimos años también se ha evidenciado un cambio en las prestaciones que se derivan. En 2014, casi la totalidad de las derivaciones se realizaban para atención ambulatoria. En 2019, si bien el número de atenciones ambulatorias derivadas a prestadores externos continúa siendo mayoritario, su participación ha disminuido al 92 por ciento, dejando en segundo lugar a las atenciones por emergencia, con el 4 por ciento (Gráfico 10)¹⁰.

► **Gráfico 10. IESS. Atenciones derivadas a prestadores externos por servicios**

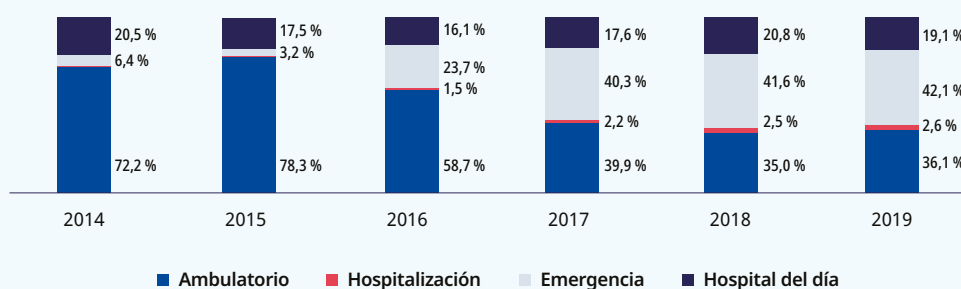


Fuente: Elaboración propia en base a información del IESS.

10. Es importante mencionar que los registros del IESS no contemplan toda la información de derivaciones, debido en parte a la externalización de la auditoría en distintos momentos y el represamiento y demoras en el proceso de auditoría.

Sin embargo, tomando en cuenta que las atenciones ambulatorias tienen un menor costo promedio que las brindadas en otro tipo de servicios, la composición varía cuando se analiza por montos. En 2014, el 72,2 por ciento de los montos aprobados para pagos a prestadores externos corresponden a atenciones ambulatorias, disminuyendo al 36,1 por ciento en 2019. Por el contrario, se ha incrementado la participación de los servicios hospitalarios, pasando del 6,4 por ciento en 2014 al 42,1 por ciento en 2019 (Gráfico 11).

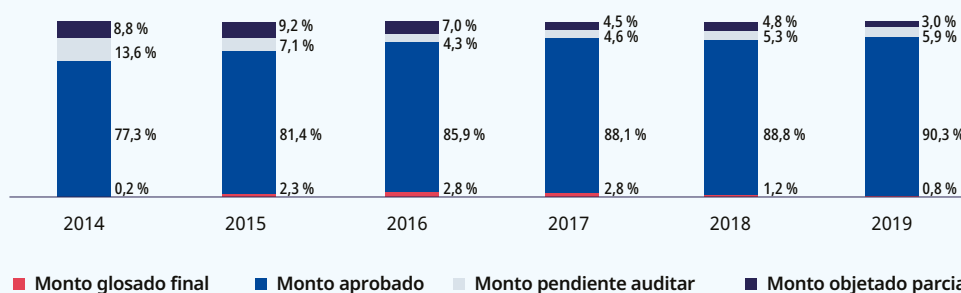
► Gráfico 11. IESS. Distribución de montos aprobados a prestadores externos por servicios



Fuente: Elaboración propia en base a información del IESS.

Por último, vale destacar que de la totalidad de procesos analizado existe un porcentaje mínimo de trámites que han sido objetados o negados, y su participación ha disminuido en los años de análisis (Gráfico 12). Sin embargo, de acuerdo a la información recabada en las entrevistas, existe un importante rubro que se adeuda a prestadores privados, cuyo estado de trámite puede variar en cada caso¹¹.

► Gráfico 12. IESS. Estado de los trámites derivados. Porcentaje respecto a los montos solicitados por los prestadores externos



* Los porcentajes antes señalados no reflejan el valor de la deuda a prestadores externos.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la información del IESS.

Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas

Las derivaciones del ISSFA han tenido un comportamiento bastante similar en el período de análisis. La composición de beneficiarios es similar dentro de las diferentes categorías, con un porcentaje mayoritario de derivaciones de los militares pasivos, con 23 por ciento del total (Tabla 5). Por otro lado, gran parte de las derivaciones que se han realizado se refieren a procedimientos ambulatorios, con una concentración promedio del 72 por ciento entre 2014 y 2019. Los exámenes y procedimientos especiales,

11 Esta información no se ha identificado en las bases de datos proporcionadas.

las atenciones de consulta externa, de hospitalización y de emergencia, tienen una participación menor al 7 por ciento (Tabla 6).

► **Tabla 5. ISSFA. Proporción promedio de beneficiarios de derivaciones en el periodo 2014-2019**

| | Pasivo | Activo | Esposa pasivo | Hijo activo | Esposa activo | Otros |
|-----------|--------|--------|---------------|-------------|---------------|-------|
| 2014-2019 | 23 % | 19 % | 18 % | 16 % | 12 % | 13 % |

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la información del ISSFA.

► **Tabla 6. ISSFA. Proporción promedio de tipos de atenciones derivadas en el periodo 2014-2019**

| | Ambulatorio | Examen y procedimientos especiales | Atenciones médicas por consulta externa | Asistencia odontológica básica | Hospitalización | Otros |
|-----------|-------------|------------------------------------|---|--------------------------------|-----------------|-------|
| 2014-2019 | 72 % | 8 % | 7 % | 6 % | 2 % | 5 % |

Nota: La participación se calcula a partir del número de expedientes.

*La categoría "otros" incluye: diálisis, emergencia, atención prehospitalaria.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la información del ISSFA.

Los diagnósticos de las derivaciones son consistentes en el tiempo. Tal como se observa en la Tabla 7, el 18 por ciento de las derivaciones se concentran en diez causas principales, entre otras, hipertensión esencial, caries dentales, hiperplasia de la próstata.

Respecto al estado de los trámites para el reconocimiento económico, a diferencia de lo que sucede en el IESS, en el ISSFA existe un porcentaje considerable de trámites que han sido negados (14 por ciento).

► **Tabla 7. ISSFA. Participación promedio de tipos de diagnósticos principales de las atenciones derivadas en el periodo 2014-2019**

| Diagnóstico | Participación |
|---|---------------|
| Hipertensión esencial (primaria) | 3 % |
| Caries dental | 3 % |
| Otros síntomas y signos generales | 2 % |
| Hiperplasia de próstata | 2 % |
| Dorsalgia | 1 % |
| Otro hipotiroidismo | 1 % |
| Rinofaringitis aguda (resfriado común) | 1 % |
| No insulino dependiente | 1 % |
| Diarrea y gastroenteritis de presunción infecc. | 1 % |
| Gastritis y duodenitis | 1 % |
| Otros | 82 % |

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la información del ISSFA.

Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional

El porcentaje de beneficiarios de ISSPOL derivados a prestadores externos de la RPIS y de la red privada complementaria es consistente en el tiempo, siendo los policías activos quienes representan la tercera parte en materia de derivaciones (Tabla 8). Adicionalmente, se puede estimar que hay una distribución de los diagnósticos principales de manera uniforme entre las primeras causas de derivación.

Como se ha indicado, ISSPOL cuenta con información desde 2017, que es cuando asumieron la responsabilidad del proceso de reconocimiento económico.

► **Tabla 8. ISSPOL. Composición de beneficiarios de las derivaciones**

| | Activo | Dependiente | Montepío | Retiro | Otros |
|------|--------|-------------|----------|--------|-------|
| 2017 | 28,3 % | 45,9 % | 5,2 % | 1,8 % | 0,9 % |
| 2018 | 33,7 % | 40,8 % | 6,3 % | 18,7 % | 0,5 % |
| 2019 | 32,1 % | 42,8 % | 5,0 % | 19,6 % | 0,5 % |

Nota: Estimado a partir del número de trámites solicitados por prestadores externos.
Fuente: Elaboración propia sobre la base de la información del ISSPOL.

Ministerio de Salud Pública

La disponibilidad de datos para el Ministerio de Salud Pública corresponde al año 2019. En este periodo se puede conocer que la principal razón de derivación es por falta de equipamiento adecuado (40 por ciento del total) seguido de la inadecuada capacidad resolutoria del establecimiento que deriva (Tabla 9)¹².

► **Tabla 9. MSP. Composición de razón de las derivaciones 2019**

| Falta de equipamiento | Inadecuada capacidad resolutoria | Falta de equipamiento específico | Falta de abastecimiento | Autoderivado | Problemas de abastecimiento específico |
|-----------------------|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------|--------------|--|
| 40 % | 20 % | 10 % | 8 % | 6 % | 5 % |

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la información del MSP.

En el caso del MSP, al igual que los demás subsistemas, la mayoría de las derivaciones corresponden a aquellas de naturaleza ambulatoria, que concentra el 61 por ciento de las derivaciones, seguido por las hospitalizaciones con el 17 por ciento (Tabla 10). El principal diagnóstico de derivación es la insuficiencia renal, y es por esto que el 5 por ciento de las prestaciones corresponden a diálisis y hemodiálisis. La epilepsia, las atenciones por abdomen agudo y el trasplante de riñón están entre los principales diagnósticos derivados.

► **Tabla 10. Composición de los tipos de derivaciones de MSP 2019**

| Ambulatorio | Hospitalización | Emergencia | Diálisis / hemodiálisis | Otros |
|-------------|-----------------|------------|-------------------------|-------|
| 61 % | 17 % | 13 % | 5 % | 5 % |

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la información del MSP.

12. La información utilizada para el análisis no incluye esta información para IESS, ISSFA e ISSPOL.

► **Tabla 11. MSP. Composición de razón de las derivaciones 2019**

| Insuficiencia renal crónica | Epilepsia | Abdomen agudo | Trasplante de riñón | Otras dificultades respiratorias del recién nacido | Códigos para situaciones especiales | Tumor maligno de la mama | Otros |
|-----------------------------|-----------|---------------|---------------------|--|-------------------------------------|--------------------------|-------|
| 5 % | 1 % | 1 % | 1 % | 1 % | 1 % | 1 % | 90 % |

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la información del MSP.

Al analizar las generalidades de la información sobre derivaciones y pagos de los subsistemas públicos de salud, se identificaron otros aspectos:

- Independientemente del subsistema en el cual se analice, el tipo de prestación más derivada es el relacionado a procedimientos ambulatorios.
- El gran porcentaje de beneficiarios a quienes se realiza el pago son los beneficiarios activos.
- Existen porcentajes importantes, en todos los subsistemas, en los cuales se generan pagos de hasta tres años luego de realizada la derivación. Sin embargo, en la mayoría de los casos el pago toma al menos nueve meses entre la derivación y su registro.
- Los diagnósticos son diferentes entre subsistemas, sin embargo, su composición en cada uno de ellos se mantiene sin mayores cambios en el periodo analizado.
- En promedio, la diferencia entre el valor solicitado y aquel pagado fue pequeña. Lo cual quiere decir que, en promedio, todo lo que se solicita se paga y existen pocas objeciones. Esto ocurre en todos los subsistemas y se evidencia con el bajo porcentaje de objeciones y procesos negados. Existen un bajo nivel de casos en los que existe diferencia sustancial entre los valores antes indicados. Sin embargo, al realizar el análisis de estos casos, la mayoría se presenta por falta de registro de uno de los dos valores (solicitado o pagado) en el sistema.

► 4. Conclusiones y recomendaciones

- Los sistemas de información que acompañen los procesos de derivación y reconocimiento económico son un tema de extrema urgencia. La debilidad o carencia de los sistemas ha dificultado los procesos en las unidades de salud, así como las gestiones en las instituciones pagadoras, generando demoras importantes y con ello mayores costos. En este sentido, sería óptimo trabajar en un sistema único o interoperable que incluya las distintas instituciones públicas de salud.
- En las bases de datos proporcionadas, se pudo ver una falta de estandarización de ciertos criterios, siendo más recurrente la debilidad en las diferencias de códigos entre instituciones y en las mismas instituciones en diferentes años.
- La estabilidad del personal es una clave para que exista continuidad dentro de los procesos, así como la remuneración económica de acuerdo con la responsabilidad de los profesionales. Los altos niveles de rotación dificultan la implementación adecuada de estos procesos y, en ese sentido, es imprescindible buscar una continuidad de este personal mejorando sus incentivos salariales. Se hace necesario también trabajar en conjunto con los programas dentro de las universidades que forman estos profesionales.
- La comunicación con las unidades de salud de la RPIS y la red privada complementaria con financiadores, así como con la Autoridad Sanitaria, es indispensable. Se requiere fortalecer los mecanismos de comunicación que permitan implementar las normas de forma adecuada, resolver dudas sobre los procedimientos definidos de forma oportuna y generar una continua retroalimentación para la mejora de los mecanismos relacionados al reconocimiento económico.
- Se identifica la necesidad de una mejor diseminación de la normativa y sus cambios, así como una construcción más participativa de la misma, con el involucramiento de todos los actores y la población. Se debe propiciar la implementación de mecanismos que permitan una comunicación más activa.
- Existen varios nudos críticos en los procesos operativos, que van desde los documentos requeridos hasta el cumplimiento de los tiempos establecidos. Ello hace necesario revisar los documentos y los criterios de envío y aceptación en cada etapa del proceso para acelerar los tiempos y que de este modo sea más fácil su revisión.
- A falta de guías de práctica clínica nacionales, es importante buscar mecanismos como la oficialización de protocolos médicos que se puedan utilizar a nivel nacional para evitar las diferencias en criterios médicos en el proceso de control técnico médico.
- Se ha evidenciado que, pese a la existencia de un marco normativo que regula las distintas etapas relacionadas al reconocimiento económico, en la práctica se implementan criterios adicionales que complejizan el proceso. Es necesario unificar estos criterios en las áreas médicas y financieras, lo cual debe ser liderado por el ente rector de manera permanente.
- Se debe crear una comisión técnica permanente de expertos en cada una de las etapas vinculadas al reconocimiento económico, a fin de responder a cualquier inquietud con respuestas oportunas y avaladas por la Autoridad Sanitaria. De esta forma se puede brindar respuestas oportunas a los proveedores y financiadores, así como facilitar una adecuada implementación de los procesos.
- Es necesaria una formación continua, tanto a los equipos a nivel de las unidades de salud como en las instituciones pagadoras sobre los procesos del modelo de reconocimiento económico. Asimismo, la implementación de herramientas útiles, como criterios de búsqueda de evidencia y evaluaciones económicas.

► 5. Reflexiones finales

La articulación del sistema nacional de salud tiene como elemento importante a los mecanismos de relacionamiento entre las instituciones públicas y privadas de salud para la prestación de servicios y el reconocimiento económico. Los mecanismos que se han implementado para el funcionamiento de la red, han significado un proceso continuo de formulación y definición de mejoras orientadas a facilitar la coordinación y articulación entre financiadores y prestadores. Este escenario ha tenido como base la gratuidad de los servicios de salud para los usuarios y la búsqueda de un mayor acceso de la población a los servicios sanitarios.

Sin embargo, este relacionamiento, y particularmente, el reconocimiento económico ha enfrentado varias dificultades en su implementación. La disponibilidad y homologación de los sistemas de información, la continuidad del personal especializado en los procesos de auditoría de la calidad de la facturación, la fluidez de la comunicación y la implementación de criterios estandarizados son solo algunos de los principales retos identificados por los actores que participan en el proceso.

Luego del análisis de los datos y de las entrevistas realizadas tanto al sector público como privado, es evidente la necesidad de una reforma de los procesos para simplificar y estandarizar los criterios administrativos y médicos. Estos cambios necesarios se deben reflejar en los sistemas de información, con el objetivo de que no existan diferencias en la manera en que cada subsistema desarrolla la implementación del modelo de reconocimiento económico.

La necesidad de generar una tarifa lo suficientemente real para que le permita negociar a la RPIS frente a la Red Complementaria es una prioridad que también se debe resolver. El Tarifario de Prestaciones debe ser actualizado, pero es indispensable que la tarifa refleje la realidad de las diferentes unidades sanitarias según su contexto y cartera de servicios. Es esencial que se desarrollen los instrumentos técnicos que sustenten la estimación de la tarifa adecuada.

Más allá de los elementos operativos del relacionamiento, existen elementos macro del sistema que deben ser considerados. Así, por ejemplo, el fortalecimiento del primer nivel de atención es indispensable, no solamente para que se constituya en una real puerta de entrada al sistema y se resuelva la mayor parte de las necesidades de la población, sino para el fortalecimiento del sistema en su integralidad. La necesidad de que este nivel de atención desarrolle de manera efectiva la promoción y prevención de salud podrá ser la manera más eficiente de evitar que se den las derivaciones a segundo o tercer nivel de atención de aquello que pudo ser evitado. La articulación necesaria que debe existir entre los niveles primarios y hospitalarios debe iniciarse con un primer nivel de atención adecuado.

Asimismo, se identifica como necesario intervenir en el modelo de financiamiento del sistema. Particularmente en torno a los mecanismos de pago que se han definido al interior de la red pública y en su relacionamiento con la red privada complementaria. La evidencia sugiere una amplia variedad de mecanismos de pago de prestaciones de salud que generan incentivos a la eficiencia y promueven condiciones favorables para el acceso a los servicios de salud. En ese sentido, las intervenciones deben orientarse, al menos en el mediano y largo plazo, hacia el mejoramiento de estos mecanismos de pago, transitando hacia opciones que contribuyan a mejorar la sostenibilidad del sistema y generar mayores niveles de acceso de la población.

Por último, el relacionamiento entre las instituciones públicas de salud tiene como elemento importante la complementariedad con la red privada. En ese contexto, se hace necesario fortalecer los espacios de coordinación para la generación de las políticas e instrumentos para una adecuada articulación que propicie las mejoras esperadas en términos de mayor acceso de la población a los servicios de salud.

► 6. Bibliografía

- Asamblea Constituyente. 2008. Constitución del Ecuador. http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf
- MSP (Ministerio de Salud Pública). 2012. *Convenio Marco Interinstitucional N° 0000011 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 e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional y el Ministerio de Salud Pública para integrar la Red Pública Integral de Salud*. <https://aplicaciones.msp.gov.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/CONVENIO%20MARCO%20RED%20PUBLICA%20DE%20SALUD.pdf>
- . 2014. *Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud*. <https://aplicaciones.msp.gov.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/TARIFARIO.pdf>
- . 2015. *Convenio Marco Interinstitucional N° 0000017 entre el Ministerio del Interior, Ministerio de Defensa, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional y el Ministerio de Salud Pública para integrar la Red Pública Integral de Salud*. http://instituciones.msp.gov.ec/images/Documentos/subse_gobernanza/Convenio_RPIS%202015.pdf
- . 2015. *Acuerdo ministerial 5310-2015. Norma Procedimiento Evaluación y Adquisición de Servicios de Salud*. Registro Oficial – Edición Especial N° 439.
- . 2016. *Acuerdo ministerial 098-2016. Aplicación de los Lineamientos del Proceso de Planillaje y Facturación de los Servicios de Salud*.
- . 2017. *Acuerdo ministerial 127-2016*.
- . 2017. *Acuerdo ministerial 053-2017*.
- . 2017. *Norma Técnica Sustitutiva de Relacionamento para la Prestación de Servicios de Salud entre instituciones de la RPIS y RPC, y su reconocimiento económico*. <https://www.salud.gov.ec/wp-content/uploads/2014/05/Acuerdo-0091.pdf>
- . 2018. *Acuerdo ministerial 217-2018. Norma para la Selección y Adquisición de Servicios de Salud de la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria*.
- . 2019. *Acuerdo ministerial 00367-2019*.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo). 2021. *Financiamiento del Sistema Nacional de Salud ecuatoriano para la cobertura universal. Nota informativa*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-lima/documents/publication/wcms_817788.pdf
- Villacrés, T., y Mena, A. C. 2017. « Mecanismos de pago y gestión de recursos financieros para la consolidación del Sistema de Salud de Ecuador ». *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41, 1. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34056>

► Anexo 1: Formato de entrevistas

FORMULARIO DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Nombre de la Unidad de Salud en la cual labora el entrevistado:

Nombre de la persona entrevistada:

Fecha de la entrevista:

Cargo de la persona entrevistada:

Script:

Quiero agradecer por acceder a esta entrevista. Esta tiene por objetivo recolectar información respecto al proceso de reconocimiento económico entre las instituciones de la Red Pública Integral de Salud, para de esta manera conocer la situación actual, sus puntos positivos, puntos críticos, acciones de mejora. Esto se encuentra enmarcado en la consultoría titulada: Elaboración del Diagnóstico del Modelo de Reconocimiento Económico de la Red Pública Integral de Salud. A continuación, plantearé unas preguntas que agradezco me responda con la honestidad del caso. Es importante comentar que no se revelarán nombres ni datos personales de los informantes en ningún proceso del análisis que se realizará.

Preguntas referentes al inicio del proceso de reconocimiento económico:

1. Desde su conocimiento y accionar, ¿cómo se estructura en su institución el proceso de reconocimiento económico?
2. En su institución, ¿cuál es el acto que indica a su institución que inicia un proceso de reconocimiento económico?
3. ¿Han existido cambios en el proceso en los últimos 5 años?
4. ¿Qué dificultades detecta usted que se dan de manera usual al iniciar el proceso de reconocimiento económico?

Preguntas referentes a la auditoría médica (no aplica a las unidades operativas)

1. Por favor describa el proceso de auditoría médica en su institución.
2. ¿Qué problemas ha detectado en cuanto a la auditoría médica que se desarrolla en su institución?
3. ¿Qué acciones de mejora se han realizado en el proceso de auditoría médica en su institución?
4. ¿Cómo ha evolucionado el proceso de auditoría médica en su relación con otras instituciones de la RPIS y Red Complementaria?

Preguntas referentes al pago efectivo del reconocimiento económico

1. ¿Cuándo y cómo inicia el proceso de solicitud de pago?
2. ¿Qué problemas ha detectado en cuanto a la solicitud de pago en su institución o demás instituciones?
3. ¿Qué mejoras se han dado en el proceso de solicitud de pago?
4. ¿Qué mejoras faltan por hacer en este proceso?

Preguntas referentes a la solución de problemas

1. En caso de existir un problema en el proceso de reconocimiento económico, ¿qué acciones se realizan dentro de su institución?
2. ¿Qué porcentaje de problemas tienen una solución efectiva?
3. ¿Qué tiempo toma la solución de dichos problemas?

Preguntas referentes a sistema de información

1. El sistema de información que se utiliza para el proceso de reconocimiento económico, ¿posee dificultades? ¿Cuáles?
2. ¿Qué cambios se han realizado en el sistema de información para mejorarlo?
3. ¿Usted considera que el sistema de información utilizado posee la información que se necesita para el proceso adecuado de reconocimiento económico?
4. Preguntas referentes al modelo general.
5. Considerando el modelo de reconocimiento económico en su totalidad, ¿cuáles considera usted que son los puntos positivos y aquellos críticos?

Preguntas referentes a recomendaciones

1. En su opinión, ¿qué mejoras deben realizarse?, sea en su institución o en aquellas con las que su institución se relaciona para hacer eficiente al modelo de reconocimiento económico.

Script:

Esas han sido todas las preguntas, agradezco sus respuestas y su tiempo.



**Organización
Internacional
del Trabajo**

Oficina de la OIT para los Países Andinos, Ecuador

Centro Corporativo Ekopark
Vía a Nayón y Av. Simón Bolívar, Torre 4, piso 3
Quito - Ecuador

Tel. (593) 23824240
www.ilo.org/ecuador

 OITAmericas