

2013



Ministerio
de **Salud Pública**

NORMA TÉCNICA PARA LA DERIVACIÓN Y FINANCIAMIENTO DE COBERTURA INTERNACIONAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE USUARIOS CON CONDICIONES CATASTRÓFICAS

SUBSECRETARÍA NACIONAL
DE GOBERNANZA DE LA
SALUD PÚBLICA
(Primera edición)
Enero 2013

CONTENIDO

I. PRESENTACIÓN	2
II. INTRODUCCIÓN	3
III. ANTECEDENTES.....	5
IV. MARCO LEGAL.....	7
1. OBJETIVO.....	9
Objetivo General.....	9
Objetivos Específicos.....	9
2. ALCANCE.....	10
3. DEFINICIONES Y CONCEPTOS BÁSICOS.....	11
3.1 Simbología.....	12
4. DISPOSICIONES GENERALES.....	14
4.1 Principios de Gestión.....	14
5. DISPOSICIONES ESPECIFICAS.....	19
5.1 Del procedimiento de selección de las y los usuarios beneficiarios de cobertura internacional.....	16
5.2 Del procedimiento de derivación, recepción y registro de las y los usuarios beneficiarios de cobertura internacional.....	16
5.2.1 De la cobertura internacional de salud de las y los usuarios con condiciones catastróficas del Ministerio de Salud Pública.....	16
5.2.2 De la cobertura internacional de salud de las y los usuarios con condiciones catastróficas del Ministerio de Salud Pública referidas por la Red Pública Integral de Salud afiliados a otros subsistemas.....	19
5.2.3 De la cobertura internacional de salud de las y los usuarios con condiciones catastróficas referidas de la RPIS en situación emergente.....	19
5.3 Del procedimiento en la Unidad de Gestión de Pacientes de Red Zonal.....	21
5.4 Del procedimiento en la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación del MSP.....	22
5.5 De los prestadores de servicios de salud.....	23

5.6 Del Comité Técnico de Gestión de Personas con Condiciones Catastróficas (CTGPCC).....	24
5.7 De la metodología para el análisis de casos.....	27
5.8 De la cobertura y gestión financiera.....	30
5.9 Del control y seguimiento.....	33
5.9.1 Indicador de Entrada.....	33
5.9.2 Indicador de Proceso.....	34
5.9.3 Indicador de Salida.....	34
6. GLOSARIO.....	35
7. BIBLIOGRAFIA.....	40
8. APENDICES	41
8.1 Base Legal.....	41
8.2 Unidades habilitadas del MSP para casos de condiciones catastróficas que requieran cobertura internacional	51
8.3 DIAGRAMAS DE FLUJO PARA GESTIÓN DE CASOS INTERNACIONALES	52
8.3.1. Diagrama de flujo para la derivación internacional.....	52
8.3.2. Análisis de casos en Comité de Condiciones Catastróficas.....	54
9. ANEXOS.....	55

I. PRESENTACIÓN

El artículo 35 de Constitución de la República establece que quienes adolezcan de condiciones catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado; el artículo 50 de la Constitución determina que el Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente. Mandatos que se han venido cumpliendo desde el 2008 primero a través de la Red de Protección Solidaria (RPS) del Programa de Protección Social (PPS) del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) con apoyo del Ministerio de Salud Pública (MSP), y desde agosto del 2012 con la gestión total del MSP, entidad de la cual ha pasado a depender la RPS como el componente de condiciones catastróficas de la Red Pública Integrada de Salud (RPIS).

El artículo 361 de la Constitución establece que el Estado ejercerá la rectoría del sistema nacional de salud a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, y que esta será la responsable de formular las políticas nacionales, normar, controlar y regular todas las actividades relacionadas con la salud, así como, el funcionamiento de las entidades del sector.

Al asumir esta responsabilidad, el MSP ha considerado necesario organizar los procesos técnicos del componente de condiciones catastróficas de la RPIS, ajustándolos a la planificación institucional, y a los procesos y regulaciones nacionales de control del sector público, de manera que se asegure la continuidad de los derechos de las y los usuarios y se garantice el adecuado uso de los recursos públicos.

Uno de los procesos más complejos es la gestión de derivación y el financiamiento de la cobertura internacional de la atención integral de salud de las y los usuarios con condiciones catastróficas ante la imposibilidad de que las instituciones de salud del país, tanto públicas como privadas, puedan dar una respuesta terapéutica oportuna y efectiva.

En cumplimiento al mandato constitucional, la presente norma técnica define y regula el procedimiento para derivar y financiar la cobertura internacional para la atención integral de salud de las y los usuarios con condiciones catastróficas, incluyendo el costo de los servicios de salud de diagnóstico y tratamiento, los pasajes en transporte público o medicalizado de ser necesario y los gastos complementarios de alimentación y alojamiento según el caso.

Carina Vance Mafla
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

II. INTRODUCCIÓN

La Constitución de la República señala la responsabilidad del Estado de garantizar el efectivo goce del derecho a la salud a ecuatorianos y ecuatorianas y responsabiliza a la Autoridad Sanitaria Nacional de universalizar la cobertura de las prestaciones de salud, establecer mecanismos para efectivizar el acceso a las mismas y las estrategias para garantizar su calidad y sostenibilidad.

Los países de ingresos medios como el Ecuador, están inmersos en procesos de transición demográfica, epidemiológica y económica como consecuencia de factores relacionados con el déficit de medidas de prevención, la presencia cada vez más frecuente de las enfermedades de origen genético y congénito; y el incremento de las enfermedades crónicas como el cáncer.

En el país el Ministerio de Salud Pública ha implementado una serie de proyectos estratégicos para mejorar los indicadores más importantes de la salud pública y consecuentemente, la calidad de vida de las ciudadanas y ciudadanos y por tanto, la posibilidad de enfrentarse a los retos de la vida en mejores condiciones. Adicionalmente a la necesidad de trabajar en las respuestas colectivas en salud, también ha establecido mecanismos para atender necesidades de las y los usuarios con condiciones catastróficas, manteniendo el enfoque de equidad, o sea, el derecho a acceder a los servicios de salud necesarios, que tiene todo ciudadano cuando afronta una condición sanitaria específica.

El Estado ecuatoriano en respuesta a las necesidades de la población y atendiendo el mandato constitucional creó la “Red de Protección Solidaria” (RPS) como un mecanismo de apoyo emergente en condiciones catastróficas individuales a personas y hogares ecuatorianos. Las y los usuarios beneficiarios del componente de condiciones catastróficas de la Red Pública Integrada de Salud (RPIS) son aquellos que padezcan alguna de las condiciones consideradas como catastróficas y que hayan sido ingresadas dentro del sistema de cobertura de la RPIS. Estas patologías son: todo tipo de malformaciones congénitas de corazón, todo tipo de valvulopatías cardíacas, todo tipo de cáncer, tumor cerebral en cualquier estadio y de cualquier tipo, insuficiencia renal crónica, trasplante de órganos (riñón, hígado y médula ósea), secuelas de quemaduras graves, malformaciones arteriovenosas cerebrales, Síndrome de Klippel Trenaunay y aneurisma tóracoabdominal. El componente de condiciones catastróficas de la RPIS extiende su cobertura fuera del país a los procedimientos diagnósticos y/o tratamientos de las patologías definidas que no puedan realizarse en el territorio nacional.

El objetivo de este programa de protección social es doble, por un lado busca evitar el empobrecimiento del grupo familiar del usuario con una condición catastrófica causada por el costo y el período prolongado de tiempo en que se debe realizar desembolsos por las prestaciones de salud (tratamientos, medicamentos, insumos, etc.) generados para precautelar la vida del paciente; por otro lado busca brindar una posibilidad técnica de tratamiento acorde a la complejidad y el riesgo vital que afecta al usuario.

En resumen, el Estado se encuentra desarrollando programas de salud para priorizar y asegurar la cobertura en salud de las y los usuarios. Para lo cual considera a la salud como un bien público, que incluyen los servicios para responder a necesidades colectivas y, como bien privado, que responde a necesidades individuales, como en el caso de las personas con condiciones catastróficas.

III. ANTECEDENTES

Las condiciones catastróficas son aquellas patologías que amenazan la vida de quien las padece, provocan discapacidad a corto, mediano o largo plazo y cuyos costos de atención afectan sustancialmente la economía personal o familiar. La cobertura de las atenciones que las y los usuarios afectados por condiciones catastróficas requieren, ha sido un tema de difícil análisis y tratamiento pues debe ser visualizado desde el ámbito de la Salud Pública y desde el de la familia y el individuo.

A partir del Referéndum de enero de 2008 en el que el pueblo ecuatoriano se pronunció aprobando la Constitución de Montecristi, el Estado Ecuatoriano asumió la responsabilidad de establecer los mecanismos y presupuestos para atender el mandato expresado en el artículo 50 de la Constitución y crea el Programa de Enfermedades Catastróficas ejecutado por el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) para la cobertura médica de las y los usuarios con condiciones definidas como catastróficas, que lo ejecuta a través del componente de condiciones catastróficas de la Red Pública Integral de Salud como un mecanismo de apoyo emergente en situaciones catastróficas individuales a las personas y los hogares ecuatorianos.

Para tal fin, el MIES, generó la normativa interna para definir las patologías que se considerarían catastróficas, los componentes que serían cubiertos; y, las y los usuarios que se considerarían como beneficiarios. El componente de condiciones catastróficas asumió el financiamiento del costo de los tratamientos de alta especialidad y de los dispositivos médicos y medicamentos necesarios para atender las patologías establecidas como catastróficas, así como los gastos complementarios (transporte, alimentación y alojamiento) en el extranjero cuando el caso lo justifique.

Mediante Registro Oficial No. 625 publicado el 24 de enero del 2012, se promulgó la Ley Orgánica Reformatoria a la Ley Orgánica de Salud, Ley 67, titulado “PARA INCLUIR EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES RARAS O HUÉRFANAS Y CATASTRÓFICAS”; que dispone al MSP asumir la responsabilidad de tomar a cargo el manejo de todos los programas relacionados al tema, por lo que con Acuerdo Interministerial 0001 del 9 de julio del 2012, se concreta el traspaso de la Red de Protección Social (RPS) a la competencia del MSP; el artículo 1 del mencionado acuerdo señala: “Para dar cumplimiento a lo establecido en la reforma de la Ley Orgánica de Salud, referente a las enfermedades catastróficas, a partir del 01 de agosto de 2012, el Ministerio de Salud Pública será responsable de continuar con la ejecución “de la Red de Protección Solidaria para Apoyo Emergente en Situaciones Catastróficas Individuales a Personas y Hogares Ecuatorianos”. ..

El Acuerdo Ministerial No 00001829 con fecha 06 de septiembre de 2012, en el cual se dispone: “Emitir los criterios de inclusión de enfermedades consideradas catastróficas, raras y huérfanas para beneficiarios del bono Joaquín Gallegos Lara”. Artículo 3: Publíquese el listado de entidades-enfermedades catastróficas raras y huérfanas que actualmente se están atendiendo o están en proceso de atenderse de manera progresiva”.

Las condiciones catastróficas con cobertura internacional para la atención integral de salud, a la fecha actual son:

- Todo tipo de malformaciones congénitas de corazón, todo tipo de valvulopatías cardíacas.
- Todo tipo de cáncer.
- Tumor cerebral en cualquier estadio y de cualquier tipo.
- Insuficiencia renal crónica.
- Trasplante de órganos: riñón, hígado, médula ósea.
- Secuelas de quemaduras GRAVES.
- Malformaciones arteriovenosas cerebrales.
- Síndrome de Klippel Trenaunay.
- Aneurisma tóracoabdominal.

En este orden, el Ministerio de Salud Pública (MSP) considera necesario organizar el proceso conforme la normativa institucional y nacional de manera que se garantice la continuidad de la atención a las y los usuarios con condiciones catastróficas, así como la legalidad del proceso.

IV. MARCO LEGAL

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

Artículos: 3 (numeral 1), 9, 10, 11 (numerales 3-4-5-8-9-23), 32, 35, 50, 53, 54, 85 (disposiciones 1-2-3, 298, 358, 359, 360, 361, 362, 363 (numerales 2 y 3), 365, 366, 368, 370.

LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Artículos: 2, 3 (numerales 1- 2 y 3), 4, 11 (literales e-g-i), 12.

REGLAMENTO A LA LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Artículos: 13, 15, 18.

LEY ORGÁNICA DE SALUD

Artículos: 2, 4, 9 literal e.

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

Artículos: 1 (numeral 5-A), 2, 4.

LEY DE DERECHOS Y AMPARO AL PACIENTE:

Artículo 7

TARIFARIO DE PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Instructivo 001-2012 para la viabilidad de la atención en salud en unidades de la Red Pública Integral de Salud y en la Red Privada (Complementaria) de prestadores servicios de salud.

Acuerdo Interministerial 0001 del 9 de julio del 2012, artículo 1.

Acuerdo Ministerial No 00001805 del 5 de septiembre del 2012

Acuerdo Ministerial No 00001829 de fecha 06 de septiembre de 2012, artículo 3.

Acuerdo Ministerial No 00002710 con fecha 28 de diciembre de 2012

Convenio de Cooperación entre el Ministerio de Salud Pública, el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y el Consejo Nacional de Salud.

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 e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional para integrar la Red Pública Integral de Salud.

Norma Técnica para la selección, evaluación y calificación 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.

1. OBJETIVO

Objetivo General

Establecer las normas a seguir para derivar a un usuario con una condición catalogada como catastrófica según la normativa vigente, para recibir un tratamiento médico especializado en el exterior, una vez se hayan agotado las posibilidades dentro del territorio nacional; y para financiar los gastos generados en la atención de salud en el exterior, así como los gastos complementarios absolutamente necesarios (transporte, alojamiento, alimentación) del usuario (receptor y donante en caso de trasplantes) y un acompañante.

Objetivos Específicos

1. Normar el procedimiento que garantice la continuidad e integralidad de la atención de salud en el exterior de las y los usuarios con condiciones catastróficas.
2. Garantizar la calidad y racionalidad del gasto de fondos públicos.
3. Evitar la subjetividad y discrecionalidad en la calificación y selección de los prestadores de servicios de salud en el exterior.
4. Evitar la discrecionalidad en la selección de las y los usuarios beneficiarios y los tratamientos médicos.
5. Evaluar y monitorear de manera permanente la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS), su comportamiento a través del tiempo y posicionamiento, para actualizar los mecanismos de selección y la calidad en la prestación de los servicios.

2. ALCANCE

La presente norma se encuentra dirigida a viabilizar las atenciones a las y los usuarios con condiciones catastróficas y que necesiten un procedimiento médico de alta complejidad; y que, por el alto nivel técnico y tecnológico requerido no pueda ser resuelto a nivel nacional.

Se aplicará a las y los usuarios considerados habilitados para recibir cobertura internacional, cuyo caso sea presentado desde los diferentes subsistemas de la Red Integrada de Servicios de Salud según proceso descrito en la presente norma. Para los casos excepcionales que no estén considerados dentro de las condiciones catastróficas emitidas por la Autoridad Sanitaria Nacional, será potestad de la máxima autoridad del Ministerio de Salud Pública la resolución de la cobertura en base al análisis técnico presentado por los subsistemas a un Comité Nacional conformado con este fin.

Será de cumplimiento y aplicación obligatoria para los financiadores / aseguradores públicos de servicios de salud, así como a los prestadores públicos y privados en los diferentes niveles de atención y complejidad.

3. DEFINICIONES Y CONCEPTOS BÁSICOS

ASEGURADOR/FINANCIADOR: Entidad pública o privada que administra los fondos destinados a solventar el costo de las prestaciones de salud.

ATENCIÓN DE SALUD: La atención de salud se define como el conjunto de servicios que se prestan a la persona, a la familia y a la comunidad, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

CONDICIÓN CATASTRÓFICA: Es aquella que cumple con las siguientes características:

- a) Que implique un alto riesgo para la vida de la persona;
- b) Que sea una enfermedad crónica y por lo tanto que su atención no sea emergente; y,
- c) Que su tratamiento pueda ser programado o que el valor promedio de su tratamiento mensual sea mayor al determinado en el Acuerdo Ministerial de la Autoridad Sanitaria Nacional”.

Son patologías de curso generalmente crónico que suponen un alto riesgo para la vida de la persona, cuyo tratamiento es de alto valor económico e impacto social y que por ser de carácter prolongado o permanente, el mismo pueda ser susceptible de programación. Generalmente cuentan con escasa o nula cobertura por parte de las aseguradoras.

EMERGENCIA: Es la alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras.

ENFERMEDADES RARAS Y HUÉRFANAS: Las enfermedades raras o huérfanas, incluidas las de origen genético, son aquellas enfermedades potencialmente mortales, o debilitantes a largo plazo, de baja prevalencia y de alta complejidad.

GASTOS COMPLEMENTARIOS: Aquellos gastos necesarios para atender las necesidades básicas (de ser necesario) como transportación aérea, terrestre, marítima o fluvial; alojamiento y alimentación del paciente y un acompañante.

GASTOS DE BOLSILLO: El gasto de bolsillo comprende el pago que realizan de manera directa los hogares al prestador de los servicios en el momento de demandar o hacer uso de estos.

INSTRUCTIVO PARA LA VIABILIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN UNIDADES DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD (RPIS) Y EN LA RED PRIVADA COMPLEMENTARIA (RPC) DE PRESTADORES SERVICIOS DE SALUD: Es el documento técnico que tiene por finalidad establecer, unificar y normar los

procedimientos administrativos, a fin de cumplir lo expresamente dispuesto en las leyes vigentes sobre el tema, y facilitar el acceso de las y los usuarios a los servicios de salud que requieran por atención emergente, derivación, o referencia y contrareferencia entre unidades calificadas/acreditadas de la Red Pública Integrada de Salud (RPIS) y la Red Pública Complementaria (RPC).

MECANISMO DE PAGO: Forma en la que se organiza la compensación económica, normalmente monetaria, que recibe un proveedor sanitario por la prestación de los servicios de salud. En el caso de la relación entre el MSP y los prestadores de servicios de salud (públicos y privados) el mecanismo de pago es por prestación brindada, aplicando los procedimientos administrativos y de control dispuestos en el Instructivo para la Viabilidad de la Atención de los Pacientes en las Unidades de Salud de la RPIS y de la RPC, que incluyen la auditoría de la calidad de la facturación de las cuentas médicas.

PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD: Es todo establecimiento organizado para la prestación de los servicios de salud.

SERVICIOS DE SALUD: Son aquellos que están destinados a brindar prestaciones de salud, de promoción, de prevención, de recuperación y rehabilitación en forma ambulatoria, domiciliaria o internamiento, son clasificados de acuerdo a la capacidad resolutive, niveles de atención y complejidad.

TARIFARIO DE PRESTACIONES PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: El tarifario es la herramienta que regula el reconocimiento económico de la prestación de servicios de salud, tanto institucional como profesional, proporcionados por instituciones públicas y privadas en el marco de la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS). Es de aplicación obligatoria en todas las unidades prestadoras de la RISS, debidamente licenciadas/acreditadas para formar parte de la red de prestadores, en los diferentes niveles de atención y complejidad. Por lo tanto se constituye en el instrumento para compra y venta de servicios a nivel de instituciones públicas; y entre éstas y las privadas.

TRATAMIENTO: Aquellas actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a modificar, aminorar o hacer desaparecer los efectos inmediatos o mediatos de la enfermedad que alteran el normal funcionamiento laboral, familiar, individual y social del individuo.

3.1 Simbología

ASN: Autoridad Sanitaria Nacional

CTGPCC: Comité Técnico de Gestión de Pacientes con Condiciones Catastróficas

DNAMSNSRP: Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y Red Pública

IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

ISSFA: Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas

ISSPOL: Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional

MIES: Ministerio de Inclusión Económica y Social

MSP: Ministerio de Salud Pública

PPS: Programa de Protección Social

RPC: Red Privada Complementaria

RPS: Componente de condiciones catastróficas de la Red Pública Integral de Salud

RISS: Red Integrada de Servicios de Salud

RPIS: Red Pública Integral de Salud

RUC: Registro Único de Contribuyentes

RUP: Registro Único de Proveedores

SRI: Servicio de Rentas Internas

UGPRZ: Unidad de Gestión de Pacientes de Red Zonal

UGPR: Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación

4. DISPOSICIONES GENERALES

La presente norma reúne y especifica los documentos y procedimientos, que se aplicarán para calificar, analizar y aprobar la derivación de las y los usuarios con condiciones catastróficas para recibir tratamientos especializados de alta complejidad fuera del territorio nacional y su financiamiento, así como de los gastos complementarios necesarios, en busca de asegurar el acceso oportuno a las prestaciones de salud. Se aplicarán de manera obligatoria tanto para los prestadores de la Red Pública Integral de Salud (RPIS), como para la Red Privada Complementaria (RPC) que se relacionen con el Ministerio de Salud Pública (MSP).

4.1. Principios de gestión

Universalidad: se aplicará a todos los prestadores de servicios de salud de la RPIS y RPC que deberán demostrar suficiencia en su capacidad resolutive, nivel científico y proceso administrativo financiero.

Progresividad: en la aplicación del proceso, para lo que se generará un cronograma de calificación de prestadores, iniciando por aquellos que por su especialización, capacidad física y resolutive, reciban el mayor número de pacientes derivados o transferidos desde las unidades del MSP en el país.

Flexibilidad: para realizar mejoras, de acuerdo con la necesidad del usuario, avances de la ciencia, los cambios de las normas administrativas, de manera que exista una correcta relación entre los actores del proceso y se respalde la gestión de los funcionarios.

Unidad: será aplicado por los niveles desconcentrados, según disponga la Autoridad Sanitaria Nacional, de acuerdo con sus competencias y funciones y no puede ser modificado en su esencia, objetivos y alcance. Sin embargo, los niveles desconcentrados pueden solicitar a la Autoridad Sanitaria Nacional, la inclusión de estándares específicos en función de las características propias de su zona de influencia, con el objeto de facilitar el proceso y aplicabilidad de esta norma.

Capacitación: los funcionarios designados para ejecutar el proceso serán debidamente instruidos para la tarea y recibirán capacitación continua para garantizar su competencia técnica.

Imparcialidad y concurrencia: no podrán participar en el proceso funcionarios que tengan conflicto de intereses con los prestadores o con los propietarios/autoridades de los mismos. Para garantizar estas condiciones, los funcionarios firmarán una declaración de no incurrir en conflicto de intereses.

Confidencialidad: los resultados del proceso de evaluación solamente pueden ser comunicados al prestador evaluado y a la Autoridad Sanitaria Nacional. En ningún caso pueden ser publicitados o ponerse a conocimiento público.

Oportunidad: el Ministerio de Salud Pública (MSP), a través de esta Norma Técnica dirigida a las y los usuarios con condiciones catastróficas, y su entorno familiar, y por medio de la gestión de las autorizaciones de atención en el exterior, se enfoca en brindar tratamientos especializados de alta complejidad fuera del territorio nacional y su financiamiento, así como los gastos complementarios necesarios.

5. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

5.1. Del procedimiento de selección de las y los usuarios beneficiarios de cobertura internacional

Las y los usuarios beneficiarios de cobertura internacional de salud, serán todas y todos los ecuatorianos y extranjeros legalmente residentes en el territorio nacional con diagnóstico confirmado de alguna de las condiciones definidas como catastróficas, y que su requerimiento médico de alta complejidad no pueda resolverse a nivel nacional tanto en la Red Pública Integrada de Salud (RPIS) como en la Red Privada Complementaria (RPC). Se excluye de la cobertura internacional TODO tratamiento que no tenga evidencia científica de efectividad terapéutica o se encuentre en fase experimental.

Las condiciones consideradas catastróficas a la fecha son:

- Todo tipo de malformaciones congénitas de corazón, todo tipo de valvulopatías cardíacas.
- Todo tipo de cáncer.
- Tumor cerebral en cualquier estadio y de cualquier tipo.
- Insuficiencia renal crónica.
- Trasplante de órganos: riñón, hígado, médula ósea.
- Secuelas de quemaduras GRAVES.
- Malformaciones arteriovenosas cerebrales.
- Síndrome de Klippel Trenaunay.
- Aneurisma tóracoabdominal.

Las patologías consideradas como condiciones catastróficas y que sean tributarias de tratamiento en el exterior deberán ser las estipuladas según la normativa vigente en el momento de su análisis.

5.2. Del procedimiento de derivación, recepción y registro de las y los usuarios beneficiarios de cobertura internacional

5.2.1. De la cobertura internacional de salud de las y los usuarios con condiciones catastróficas del Ministerio de Salud Pública

El procedimiento para casos de usuarios que no sean afiliados a los otros subsistemas integrantes de la RPIS será el siguiente:

- a) Atención al usuario en las unidades habilitadas del MSP para casos de condiciones catastróficas que requieran cobertura internacional (Apéndice 2).
- b) Con el diagnóstico de condición catastrófica, el establecimiento de salud, enviará un memorando para análisis de caso de cobertura internacional

para la atención integral de salud, acompañado de la documentación habilitante digitalizada (ver 5.3), dirigido a la Unidad de Gestión de Pacientes de Red Zonal.

- c) La Unidad de Gestión de Pacientes de Red Zonal determinará si existe capacidad resolutive tanto en la RPIS como en la RPC de su zona de influencia; en el caso de no existir, se enviará el expediente del caso a la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces.

5.2.2 De la cobertura internacional de salud de las y los usuarios con condiciones catastróficas referidos por la Red Pública Integral de Salud afiliados a otro subsistema

Para los casos de personas que sean afiliados a los otros subsistemas integrantes de la RPIS, el procedimiento será el siguiente:

- a) Atención de las y los usuarios; y registro de los mismos como condición catastrófica según los lineamientos y procedimientos internos de cada miembro de la RPIS.
- b) Según sus procedimientos internos, se emitirá un informe del análisis del caso de condición catastrófica en el cual se justifique su envío a la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación del Ministerio de Salud Pública (MSP), o quien haga sus veces.
- c) La autoridad de salud del respectivo subsistema oficializará mediante oficio (Anexo 1) el requerimiento, en el cual se incluya el informe de análisis del caso y la certificación de no contar con la capacidad resolutive en su red interna y complementaria, incluyendo los documentos habilitantes, dirigido a la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación del MSP, o quien haga sus veces.

Una vez que el Comité Técnico de Gestión de Pacientes con Condiciones Catastróficas del MSP, analice y de dictamen favorable de cobertura internacional para la atención integral de salud, la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces, oficiará la designación del prestador para conocimiento del subsistema correspondiente de la RPIS con una copia de la proforma. El subsistema deberá emitir un oficio de aceptación del mismo incluyendo el compromiso de pago al MSP por la totalidad de los gastos médicos incurridos por la atención médica en el exterior.

El Ministerio de Salud Pública a través de la Coordinación Administrativo Financiera, proporcionará los boletos aéreos para el usuario (receptor y donante en caso de trasplantes), y un solo acompañante (representante legal de ser el caso), así como los viáticos y subsistencias para gastos complementarios de la prestación de salud en el exterior a las y los usuarios beneficiarios.

5.2.3 De la cobertura internacional de salud de las y los usuarios con condiciones catastróficas referidas por la RPIS en situación emergente

En el caso de usuarios con condiciones catastróficas que requieran una resolución emergente por el riesgo vital que ésta represente, la Unidad de Gestión de Pacientes de Red Zonal o el subsistema a cargo, según corresponda, deberá remitir inmediatamente el caso a la Unidad de Gestión de Paciente de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces, la siguiente información:

- a) Informe Médico del caso en formato digitalizado (no manuscrito) en el cual se explicita la necesidad de salud (procedimiento o manejo terapéutico), el análisis de factibilidad de atención, pronóstico vital y funcional del usuario.
- b) Copia a color de la cédula de identidad o partida de nacimiento del usuario (legibles).
- c) Copia a color de la cédula de identidad de los padres o del representante legal para menores de edad si es el caso (legibles).
- d) Certificación del médico especialista especificando el procedimiento médico de alta complejidad que requiere el usuario. (Anexo 2).
- e) Certificación que el procedimiento médico de alta complejidad NO se realiza en el establecimiento de salud solicitante donde se lo atendió, por parte de la Dirección Médica o Gerente de la institución, en el cual conste el justificativo técnico para la realización del procedimiento así como pronóstico funcional y vital posterior de la persona con condición catastrófica. (Anexo 3).
- f) Exámenes confirmatorios diagnósticos (copias de los estudios en CD o en físico)
- g) Memorando solicitando el análisis de caso para cobertura internacional de la Unidad de Gestión de Pacientes de Red Zonal, o el oficio del subsistema correspondiente.

Todos los casos receptados por la Unidad de Gestión de pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces, deberán tener un código único de asignación, el cual servirá para registrar las gestiones realizadas en la RPIS y RPC.

La Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces, en un lapso máximo de 24 horas deberá:

1. Según la cartera de servicios, contactar con los prestadores tanto de la RPIS y RPC, para verificar la capacidad resolutive a nivel nacional o no del caso emergente, y realizará un informe técnico dirigido al Presidente del Comité de Gestión de Pacientes con Condiciones Catastróficas (CTGPCC).
2. Reunir la documentación habilitante para toma de decisiones en casos emergentes, la misma que será:
 - a) Informe Médico del caso en formato digitalizado (no manuscrito) en el cual se explicita la necesidad de salud (procedimiento o manejo terapéutico), el análisis de factibilidad de atención, pronóstico vital y funcional del usuario.

- b) Certificación del médico especialista especificando el procedimiento médico de alta complejidad que requiere el usuario. (Anexo 2).
 - c) Certificación que el procedimiento médico de alta complejidad NO se realiza en el establecimiento de salud solicitante donde se lo atendió, por parte de la Dirección Médica o Gerente de la institución, en el cual conste el justificativo técnico para la realización del procedimiento así como pronóstico funcional y vital posterior de la persona con condición catastrófica. (Anexo 3).
 - d) Exámenes confirmatorios diagnósticos (copias de los estudios en CD o en físico)
 - e) Informe técnico de la capacidad resolutive o no del caso a nivel nacional tanto en la RPIS y RPC.
 - f) Memorando solicitando el análisis de caso para cobertura internacional de la Unidad de Gestión de Pacientes de Red Zonal, o el oficio del subsistema correspondiente.
3. Presentar al Presidente del CTGPCC, o quien haga sus veces, la documentación habilitante para que éste tome la decisión de cobertura o no internacional del caso, quién podrá según las funciones a él designadas analizar y autorizar la resolución de cobertura internacional para la atención integral de salud en situación emergente.
 4. Con toda la documentación habilitante más la aprobación del Presidente del CTGPCC coordinar las acciones necesarias con la Dirección Nacional de Cooperación y Relaciones Internacionales y con la Coordinación General Administrativo Financiera del MSP, para agilizar el trámite pertinente de la cobertura internacional para la atención integral de salud.

La documentación necesaria para completar el expediente, deberá ser remitida por la Unidad de Gestión de Pacientes de Red Zonal o el subsistema según corresponda, a la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces, a medida que se vaya obteniendo en un período no mayor a quince días calendario, sin que la falta de los mismos en este lapso sea limitante para continuar el trámite administrativo, siempre priorizando la conservación de la vida y sin perjuicio del tratamiento del paciente, para su posterior análisis por el CTGPCC.

5.3. Del procedimiento en la Unidad de Gestión de Pacientes de Red Zonal

Todo requerimiento de cobertura internacional para la atención integral de salud de usuarios del MSP, deberá estar dirigido a la Unidad de Gestión de Pacientes de Red Zonal, la misma que se estará a cargo de:

- a) Recepción de documentación habilitante completa. (ver más adelante).
- b) Verificación de derechos de afiliación y cobertura en los otros subsistemas de la RPIS. En caso de afiliación a alguno de ellos, remitir al subsistema correspondiente de la RPIS.

- c) Análisis de solicitud y gestión del caso en su zona de influencia.
- d) En el caso que no exista capacidad resolutive se enviará el expediente completo más la verificación del derecho de cobertura a la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación del MSP, o quien haga sus veces.

5.4. Del procedimiento en la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación del MSP

- a) Recepción de documentación habilitante completa enviada por la Unidad de Gestión de Pacientes de Red Zonal. (ver más adelante).
- b) Análisis y coordinación de acciones de campo con las distintas instituciones públicas y privadas a nivel nacional e internacional, que cuenten con capacidad resolutive para la atención de condiciones catastróficas.
- c) Envío del caso al Comité Técnico de Gestión de Personas con Condiciones Catastróficas (CTGPCC) para análisis de cobertura internacional con toda la documentación habilitante.
- d) Notificación del resultado del análisis y resolución del CTGPCC al subsistema correspondiente de ser el caso; o al usuario (receptor y donante en caso de trasplante), o su representante legal.

Para el análisis y procesamiento de cobertura internacional para la atención médica a realizarse fuera del país, de las y los usuarios con condiciones enfermedades catastróficas, se deberá contar con la siguiente documentación habilitante:

- a) Informe médico del caso en formato digitalizado (no manuscrito) en el cual se explicita la necesidad de salud (procedimiento o manejo terapéutico), el análisis de factibilidad de atención, pronóstico vital y funcional del usuario.
- b) Copia a color de la cédula de identidad o partida de nacimiento del usuario (legibles).
- c) Copia a color de la cédula de identidad de los padres o del representante legal para menores de edad si es el caso (legibles).
- d) Certificación del médico especialista especificando el procedimiento médico de alta complejidad que requiere el usuario. (Anexo 2).
- e) Certificación que el procedimiento médico de alta complejidad NO se realiza en el establecimiento de salud solicitante donde se lo atendió, por parte de la Dirección Médica o, en el cual conste el justificativo técnico para la realización del procedimiento así como pronóstico funcional y vital posterior de la persona con condición catastrófica. (Anexo 3).
- f) Exámenes confirmatorios diagnósticos, (copias de los estudios en CD y en físico) con un período de validez de 30 días a partir de su fecha de realización, para su análisis por el Comité Técnico de Gestión de Personas con Condiciones Catastróficas (CTGPCC).

Todos los expedientes recibidos por la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quién haga sus veces, deberán tener un código único de asignación, el cual servirá para registrar las gestiones realizadas en la RPIS y RPC. Estos registros darán como resultado una base de datos de gestión de casos a

nivel nacional que requiere resolución en el exterior, la misma que será diseñada y actualizada conforme a sus necesidades.

El diseño de la base de datos, deberá facilitar la elaboración de reportes de casuística, la funcionalidad operativa, los indicadores de gestión, los flujos de casos, los tiempos para la resolución de los casos recibidos, el seguimiento y monitoreo de los servicios prestados.

Las competencias de la Unidad de Gestión de pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces, para la gestión de estos casos será la siguiente:

- a) Recepción de documentación habilitante completa enviada por la Unidad de Gestión de Pacientes de Red Zonal o el subsistema correspondiente.
- b) Análisis y coordinación de acciones de campo con las distintas instituciones públicas y privadas nacionales y del exterior, que cuenten con capacidad resolutoria para la atención de condiciones catastróficas.
- c) Para el caso de trasplantes la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación del MSP o quien haga sus veces, será responsable de solicitar una certificación al Instituto Nacional de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células (INDOT), en cuya respuesta se deberá especificar si el trasplante solicitado se realiza o no en el país, y de ser el caso, las unidades en el extranjero acreditadas para realizar el procedimiento requerido. Certificación que se anexará al expediente a ser analizado por el Comité Técnico de Gestión de Personas con Condiciones Catastróficas.
- d) Envío del caso al Comité Técnico de Gestión de Personas con Condiciones Catastróficas para tratamiento en el exterior con toda la documentación habilitante.
- e) Notificación del resultado del análisis y resolución del CTGPCC al subsistema correspondiente de ser el caso; o al usuario (receptor y donante en caso de trasplante), o su representante legal.

Los procesos de análisis a cargo del CTGPCC deberán ser los mismos para todas las y los usuarios beneficiarios de cobertura internacional para la atención integral de salud que padezcan condiciones catastróficas.

5.5. De los prestadores de servicios de salud

Serán prestadores de salud en el exterior, para casos de usuarios con condición catastrófica que requieren un manejo médico de alta complejidad, los establecimientos de salud públicos o privados, en el exterior, con los cuales el Ministerio de Salud Pública (MSP) tenga convenios y/o acuerdos interinstitucionales o que cumplan con los lineamientos dados por la Dirección Nacional de Cooperación y Relaciones Internacionales del MSP, Instituto Nacional de Donación y Trasplantes de Órganos,

Tejidos y Células (INDOT) u otros organismos relacionados o que cumplan criterios técnicos de calidad internacional.

Para los casos de trasplante de órganos que no se realicen en el país, la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación coordinará las acciones pertinentes con el INDOT.

5.6. Del Comité Técnico de Gestión de Personas con Condiciones Catastróficas (CTGPCC)

El Comité Técnico de Gestión de Personas con Condiciones Catastróficas (CTGPCC) de la Subsecretaría de Gobernanza de la Salud Pública analizará y resolverá que casos clínicos presentados y verificados deben ser tratados dentro o fuera del país, protegiendo la seguridad integral y derechos humanos de las y los usuarios que padecen condiciones catastróficas, además asegurando la oportunidad de acceso a las prestaciones de salud.

El CTGPCC podrá solicitar documentación adicional que considere necesario para un análisis más detallado.

El CTGPCC estará conformado por:

- a) El Subsecretario/a Nacional de la Gobernanza de la Salud Pública, o quién haga sus veces, o su delegado, quien lo presidirá.
- b) El Director/a Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública, o quién haga sus veces o su delegado, quién actuará como Secretario/a Técnico permanente.
- c) Un representante de la Dirección Nacional de Cooperación y Relaciones Internacionales del Ministerio de Salud Pública.
- d) Un representante de la Dirección Nacional de Consultoría Legal del Ministerio de Salud Pública, cuando el caso lo amerite.
- e) Un representante oficial del Instituto Nacional de Donaciones de Órganos y Tejidos (INDOT) en casos relacionados a trasplantes.
- f) Mínimo dos profesionales médicos especialistas, pertenecientes a establecimientos de tercer nivel delegados oficialmente por la Dirección Nacional de Hospitales del MSP o de la RPIS, de acuerdo a la necesidad del caso a ser analizado.
- g) Un delegado oficial del Comité Nacional de Bioética en caso de conflicto bioético entre las partes.
- h) Un secretario/a asistencial asignado por la Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública.

El CTGPCC tendrá como objetivos los siguientes.

- a) Revisar la documentación de los casos solicitados para manejo médico de alta complejidad en el exterior con la finalidad de analizarlos y de ser el caso dar su aprobación para cobertura internacional.

- b) Elaborar un informe técnico completo y sustentado, sobre los casos de personas con Condiciones catastróficas que necesitan resolución inmediata.
- c) Establecer los mecanismos más idóneos para el seguimiento y monitoreo de las acciones de intervención tomadas por el Comité.

Son funciones del CTGPCC las siguientes:

- a) Análisis para la resolución de los casos solicitados para manejo médico de alta complejidad en el exterior, mediante la revisión de la documentación habilitante.
- b) Sugerir estrategias de coordinación con la RPIS y la RPC, así como instituciones u organismos en el exterior, involucradas en la resolución de los casos de acuerdo a su capacidad resolutoria.
- c) Una vez que el expediente ingrese al proceso de análisis y resolución de los casos, el Comité, en un plazo máximo de 48 horas, emitirá en informe oficial si el manejo médico de alta complejidad se realizará o no fuera del país.
- d) En el caso que se cuente con información insuficiente, el Comité podrá solicitar la ampliación de la información por una ocasión, ante lo cual deberá existir una adecuada sustentación para dicho requerimiento. Para esto, la unidad requirente tendrá un plazo máximo de 72 horas para completar la información, canalizándola por medio de la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces, cumplido este plazo el CTGPCC deberá reunirse de manera extraordinaria para emitir la resolución pertinente.
- e) El CTGPCC podrá invitar, previo acuerdo, a expertos de la RPIS o RPC que puedan colaborar en las funciones del mismo, quienes gozarán de voz pero no de voto.
- f) Todos los miembros del Comité contarán con voz y voto, a excepción del secretario/a, delegado de consultoría jurídica y de los invitados, de no haber consenso por parte de los miembros, se procederá con la correspondiente votación de cada uno de los integrantes, en caso de empate, el voto del Presidente o su delegado será el dirimente.
- g) Las resoluciones tomadas en el Comité serán dadas por escrito, fundamentadas técnica, legal y éticamente, en estas deberán incorporarse el informe técnico pertinente, y se deberá remitir al Subsecretario/a Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, o quien haga sus veces, para su notificación oficial a la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces con la finalidad de proceder con las demás gestiones administrativas.
- h) El CTGPCC emitirá un informe semestral de labores dirigido a la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, con copia a la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces.

Son funciones de los miembros del CTGPCC las siguientes:

Del Presidente:

- a) Convocar a las reuniones ordinarias y extraordinarias del Comité
- b) Tendrá voto dirimente para la toma de decisiones.
- c) Presidir las reuniones ordinarias y extraordinarias del Comité, de manera presencial o por delegación.
- d) Proponer el orden del día de la reunión para su aprobación.
- e) Ejecutar y dar cumplimiento a las decisiones tomadas por el Comité.
- f) Presentar semestralmente un informe de labores del CTGPCC a la máxima autoridad.
- g) Analizar y autorizar la resolución de cobertura internacional para la atención integral de salud en situación emergente, sin necesidad de convocar al Comité cuando la condición catastrófica requiera resolución emergente y represente un riesgo vital inmediato para el usuario.

Del Secretario/a Técnico:

La secretaría técnica del Comité estará a cargo de la Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y Red Pública, y sus funciones serán:

- a) Preparar y presentar al presidente del Comité el orden del día de las reuniones.
- b) Preparar los oficios de los casos analizados para la firma del Señor/a Subsecretario Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, o quien haga sus veces.
- c) Vocero del CTGPCC para información a los pacientes requirentes

Del Secretario/a Asistencial:

La designación de la secretaría asistencial del Comité estará a cargo de la Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y Red Pública:

- a) Registrar las firmas de los integrantes a las reuniones convocadas mediante actas codificadas. Registrar además las participaciones y compromisos establecidos, indicando la fecha, hora y lugar de la reunión a través de correo electrónico registrado.
- b) Redactar y llevar el archivo de las actas de las reuniones.
- c) Mantener una base de datos sistematizada y actualizada de los casos discutidos en el Comité.

De los Miembros:

- a) Concurrir de manera obligatoria a las sesiones ordinarias y extraordinarias o nombrar un delegado oficial de no poder hacerlo.
- b) Cumplir con las disposiciones provistas por el Comité; si es el caso, recabar y presentar los informes solicitados por el mismo.

- c) Para el representante oficial del INDOT, deberá asistir de manera obligatoria cuando sea convocado para tratar casos de trasplantes.
- d) El representante de la Dirección Nacional de Cooperación y Relaciones Internacionales, deberá presentar un oficio con la respuesta de los prestadores de servicios de salud dirigido a la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación o quien haga sus veces, en un plazo de 48 horas desde la recepción de los mismos, en el cual consten la siguiente información:
 - Nombre de la institución y país de ubicación.
 - Capacidad de resolución del caso.
 - Plan terapéutico a seguir.
 - Cronograma de tratamiento.
 - Pronóstico vital y funcional esperado.
 - Cobertura de servicios. Deberá especificar si ofrece cobertura integral total (alojamiento, alimentación y transporte) o cobertura exclusiva de salud del usuario (donante y receptor en caso de trasplante) y su acompañante.

Las **consideraciones adicionales** del CTGPCC serán las siguientes:

- a) El Comité se reunirá ordinariamente cada semana y de manera extraordinaria cuando el presidente lo estime conveniente.
- b) Los miembros del Comité garantizarán el carácter de confidencial de toda la información a la que tengan acceso, considerando como falta ética muy grave su violación.
- c) Las reuniones ordinarias se auto convocarán por consenso semanalmente y se incluirá el orden del día conjuntamente con la documentación habilitante. La reunión se instalará con la mitad más uno de los miembros.
- d) Es necesaria la presencia de al menos 5 miembros del Comité con capacidad de voto, dentro de las cuales obligatoriamente deberán estar: el presidente del Comité o su delegado, y el representante del Comité de Gestión de Red Pública Integral de Salud, y un profesional médico especialista designado.

5.7. De la metodología para el análisis de casos

1. El caso calificado como condición catastrófica, deberá ser remitido a la Unidad de Gestión de Pacientes de Red Zonal para su análisis y verificación de capacidad en la RPIS y RPC nivel zonal, quién llevará un registro de su gestión. En caso de no haber capacidad resolutoria, el expediente será enviado a la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces. Si se trata de un usuario con condición catastrófica afiliado a uno de los subsistemas de la RPIS, el expediente deberá ser enviado directamente a la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación o quien haga sus veces.

2. La Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces, evaluará la capacidad tanto de la RPIS y RPC a nivel nacional, quién llevará un registro de su gestión; en caso de no haber capacidad resolutive, realizará un informe que será enviado como insumo para el análisis del caso por el CTGPCC.
3. El CTGPCC, luego de analizar el caso podrá aprobar o no la solicitud de cobertura internacional para la atención integral de salud, o solicitar se complemente la información médica, para analizar y tomar la decisión, la misma que deberá ser presentada en un período de 72 horas para un nuevo análisis.
4. El secretario del CTGPCC realizará el oficio con la resolución del análisis de la cobertura internacional para la atención integral de salud que deberá ser firmado por el Subsecretario/a Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, y enviado a la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quién haga sus veces en un período de 24 horas desde su firma.
5. La Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces, una vez oficializada la resolución del CTGPCC notificará al subsistema de ser el caso, o al usuario o su representante legal dentro de las siguientes 24 horas sobre la resolución de cobertura internacional.
6. Así mismo, con la resolución de aprobación de cobertura internacional para la atención integral de salud, la Dirección Nacional de Cooperación y Relaciones Internacionales en un período de 48 horas deberá contactar a los prestadores de servicios de salud en el exterior, basándose en cartera de servicios y convenios y/o acuerdos interinstitucionales, en caso de no existir, se buscará a las instituciones que otorguen el mejor tratamiento en calidad y precio. Los prestadores de salud en el exterior deberán emitir una respuesta durante los siguientes diez días, mediante un oficio que incluya:
 - a) Capacidad de resolución del caso.
 - b) Plan terapéutico a seguir.
 - c) Cronograma de tratamiento.
 - d) Pronóstico vital y funcional esperado.
 - e) Cobertura de servicios (especificar si cubre servicios de salud, alojamiento, transporte y alimentación) del paciente y su acompañante.
 - f) Presupuesto requerido.
 - g) Fecha tentativa de la cita y de las prestaciones de salud
7. La Dirección Nacional de Cooperación y Relaciones Internacionales deberá en un período de 24 horas remitir un informe a la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quién haga sus veces, que incluya todas las respuestas recibidas de los prestadores de servicios de salud en el exterior.

8. La Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces, designará de entre los prestadores de servicios de salud en el exterior al que mejor cumpla los criterios de atención oportuna y de calidad.
9. Con el oficio de designación del prestador de servicios de salud internacional donde se llevará a cabo la atención de salud, la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces, solicitará la siguiente documentación al usuario o su representante legal para continuar con el trámite administrativo:
 - a) Certificado Bancario original a nombre del usuario y en caso de menores de edad de su representante legal.
 - b) Copia a color del pasaporte de usuario y acompañante (legible).
 - c) Copia a color de la visa para ingreso al país de destino (solo de requerirse).
 - d) En menores de edad, original y copia del permiso de salida del país, debidamente notariados.
 - e) Copia a color de la cédula de ciudadanía o identidad del usuario y su acompañante.
 - f) Planilla de un servicio básico, predio urbano o rural del usuario o representante legal o acompañante.

Todos los documentos deberán ser validados mediante revisión de los originales. En el caso de donantes se requerirán los mismos documentos que el acompañante.

10. La Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces, deberá remitir una copia del oficio de designación de prestador de servicios en el exterior a la Coordinación General Administrativo Financiera para el cálculo de viáticos y subsistencias, el mismo que deberá realizarlo en un plazo máximo 3 días laborables así como para la generación de la partida presupuestaria para hacer efectiva la cobertura en el exterior.
11. La Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces en un tiempo máximo de 48 horas después de recibida la resolución del CTGPCC y los informes de prestadores emitidos por la Dirección Nacional de Cooperación y Relaciones Internacionales, deberá realizar las siguientes acciones:
 - a) Elaborar el expediente de la resolución como caso de cobertura internacional, el cual contendrá la siguiente documentación:
 - Memorando / Oficio de solicitud de cobertura internacional (Anexo 1).
 - Epicrisis completa y detallada en formato digital (no manuscrito).
 - Informe Médico del caso en formato digital (no manuscrito) en el cual se explicita la necesidad de salud (procedimiento o manejo terapéutico), el

análisis de factibilidad de la atención, el pronóstico vital y funcional del usuario, firmado y sellado por el médico tratante especialista.

- Certificado Médico emitido por el médico especialista (Anexo 2).
- Certificado del Director Médico del centro hospitalario donde es atendido el usuario (Anexo 3).
- Resolución de cobertura internacional del usuario con condición catastrófica emitida por el CTGPCC.
- Certificado en el cual conste que el procedimiento total o parcial no puede ser realizado dentro del país, en los establecimientos de salud del MSP, RPIS y RPC emitido por la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces.
- Informe técnico emitido por el CTGPCC.
- Memorando en el cual se informa la asignación del prestador de servicios de salud en el que será atendido el usuario y el presupuesto del procedimiento a realizarse, emitido por la Unidad de Gestión de Paciente de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces.
- Informe del cálculo de viáticos y subsistencias realizado por la Coordinación General Administrativo Financiera del MSP.
- Certificado Bancario Original a nombre del usuario y en caso de menores de edad de su representante legal.
- Copia a color del Pasaporte del usuario y su acompañante.
- Copia a color de la visa para ingreso al país de destino (solo de requerirse) del usuario y su acompañante.
- En menores de edad, original y copia del permiso de salida del país, debidamente notariados.
- Copia a color de la cédula de ciudadanía o identidad del usuario y su acompañante (legibles).
- Planilla de un servicio básico, predio urbano o rural del usuario o representante legal o acompañante.
- Carta compromiso (Anexo 4) del usuario y/o su representante en la que conste:
 - La obligación de retornar al país.
 - La obligación de hacer buen uso de los fondos, subsistencia, entregados al usuario y acompañante mientras recibe el tratamiento en el exterior.
 - Liberación de responsabilidad legal al Ministerio de Salud Pública, a la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces, y al CTGPCC por el riesgo o daño que llegare a ocasionar la valoración o procedimiento realizado al paciente en el exterior.

En el caso de donantes se requerirán los mismos documentos que los acompañantes

- b) Remitir el expediente a la Dirección Nacional de Consultoría Legal quien en periodo de 3 días laborables elaborará un contrato entre el MSP y el

usuario o su representante legal, donde se estipule la obligatoriedad de hacer buen uso de los fondos para subsistencia entregados al usuario y su acompañante, así como la responsabilidad de justificar los gastos incurridos a su retorno al país, y realizar la devolución de saldos no utilizados o no justificados posterior al tratamiento en el exterior, contrato que deberá suscribirse entre el usuario o su representante y la máxima autoridad del Ministerio o su delegado oficial.

12. Una vez que el expediente esté completo la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces, deberá direccionar al usuario y remitir la documentación a la Coordinación General Administrativo Financiera del MSP para continuar con la entrega de boletos aéreos, viáticos y subsistencias al usuario.

Los gastos administrativos producidos para la emisión de pasaporte, visa, permisos de salida, notariado de documentos y otros gastos legales serán de responsabilidad del paciente o su representante legal. Para respaldar la erogación de fondos públicos, los pacientes o sus apoderados, deberán suscribir como garantía un pagaré a la orden por el valor total cubierto.

5.8. De la cobertura y gestión financiera

El Ministerio de Salud Pública (MSP), a través de la Unidad de Gestión de Pacientes de la Red de la Dirección Nacional de Articulación y la Coordinación Administrativa Financiera, o quien haga sus veces, cubrirá los gastos que se encuentren contemplados en la cobertura internacional, generados por las prestaciones salud de alta especialidad de los usuarios con condiciones catastróficas, previo informe favorable del CTGPCC, que son los siguientes:

- a) Gastos complementarios: movilización fuera del país (pasajes de ida y vuelta), alojamiento, alimentación y transporte del paciente (receptor y donante en caso de trasplante) y de un solo acompañante por un período de hasta 60 días.
- b) Gastos médicos: cobertura de gastos de la atención en salud hasta el monto definido máximo para cualquier persona: USD 100.000 (CIEN MIL DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTE AMERICA), en estos gastos no se incluyen los generados por alojamiento, alimentación y transporte.

Dentro del paquete integral de atención, el prestador de servicios de salud en el exterior puede incluir dentro de la proforma enviada, el valor del transporte aéreo medicalizado o no (dependiendo de las condiciones de salud del paciente) la misma que se evaluará en relación a las tarifas aéreas del país para su aceptación o no.

En el caso de no inclusión, se valorará el estado del paciente y la necesidad de transporte aéreo medicalizado o no, si el cuadro clínico del usuario requerir transporte aéreo medicalizado, este se realizará con las instituciones que brinden dicho servicio de acuerdo al Tarifario de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

El MSP no cubrirá los gastos personales, entiéndase costos por trámites públicos, especies valoradas, emisión de pasaportes y visas; tasa aeroportuarias o impuestos migratorios internacionales, multas generadas por cambios de pasajes aéreos, el costo por sobrepeso en equipaje ni otros rubros no contemplados en esta norma. Tampoco se cubrirán los gastos efectuados por el usuario con condición catastrófica que por propia iniciativa se realizaren procedimientos y tratamientos en establecimientos de salud del exterior, que no hayan sido autorizados previamente, que no tengan evidencia científica o se encuentren en fase experimental así como gastos incurridos por cualquiera de las personas que viajen al exterior que no esté en relación al proceso de prestación de salud correspondiente.

Si el tiempo requerido para la prestación de salud se prolongará durante la estadía de un usuario en el exterior, la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces, emitirá un informe al Comité Técnico de Gestión de Condiciones Catastróficas del Ministerio de Salud Pública, para que una vez analizado, proceda a la aprobación o no de extensión del tiempo de cobertura. Este informe será entregado al Comité en un período de hasta 10 días previos a la fecha límite de cobertura preestablecida.

En el caso de que el costo de la enfermedad supere el monto establecido en el literal b), la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces, realizará un informe para una extensión de cobertura. Este informe será analizado por el Comité Técnico de Gestión de Condiciones Catastróficas del Ministerio de Salud Pública para su aprobación.

En caso de que el usuario sea afiliado a otro de los subsistemas de la RPIS, y el costo del tratamiento en el exterior supere el monto establecido en el literal b), la provisión de extensión de cobertura será responsabilidad del subsistema correspondiente, quien informará a la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces, mediante oficio la aceptación del costo del tratamiento además del compromiso de pago al MSP, para continuar el trámite correspondiente.

Los montos asignados para alojamiento, alimentación, y transporte, serán calculados en base al Reglamento para el pago de viáticos y subsistencias en el exterior, para las y los servidores y obreros públicos del Ecuador, publicado mediante acuerdo ministerial 00051 del Ministerio de Relaciones Laborales, el 21 de febrero del 2011, o mediante la normativa que estuviera vigente a la fecha del análisis.

Para la cobertura, se considerará los viáticos y subsistencia asignados para el rango de servidor público del 1 al 6 de la escala de 20 grados. La distribución porcentual de los viáticos y subsistencias entregados, se realizará de manera aproximada, con un 50% para alojamiento, 30% para alimentación, 10% para transporte y 10% para otros gastos. De tal manera que el valor entregado por día a cada persona, dependerá de la condición del paciente / donante (Hospitalizado o Ambulatorio) y de la cobertura que otorgue el prestador.

Se considera cobertura integral total cuando el prestador de servicios de salud en el exterior cubre los gastos de servicios de salud, alojamiento, alimentación y transporte del usuario (donante y receptor en caso de trasplante) y su acompañante. Y la

cobertura exclusiva de salud cuando el prestador de servicios de salud en el exterior cubra sólo gastos de servicios de salud.

Así, el monto de viáticos y subsistencias a asignarse se calculará, tomando en cuenta la estadía promedio programada, según plan terapéutico propuesto por el prestador, de acuerdo con la siguiente tabla de viáticos y subsistencias diarias. En caso de que el prestador no logre precisar el tiempo necesario de estadía del paciente para completar su tratamiento, se realizará el cálculo con el máximo autorizado en la presente norma (60 días).

TABLA 1. Viáticos y subsistencias diarias para cobertura internacional.

		Paciente	Donante	Acompañante
COBERTURA INTEGRAL TOTAL	Hospitalizado	10%	10%	30%
	Ambulatorio	30%	30%	30%
COBERTURA EXCLUSIVA DE SALUD	Hospitalizado	10%	10%	100%
	Ambulatorio	65%	65%	100%

Fuente: Equipo Técnico de la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, 2013

La Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces, mediante el oficio de designación de prestador de servicios en el exterior, deberá remitir una copia a la Coordinación General Administrativo Financiera para el cálculo de viáticos y subsistencias así como para la generación de la partida presupuestaria para hacer efectiva la cobertura en el exterior.

Deberá además remitir a la Dirección Nacional de Consultoría Legal, quien elaborará un contrato entre el MSP y el usuario o su representante legal, donde se estipule la obligatoriedad de hacer buen uso de los fondos para subsistencia entregados al usuario y acompañante, así como la responsabilidad de justificar los gastos incurridos, y realizar la devolución de saldos no utilizados o no justificados posterior al tratamiento en el exterior, contrato que deberá suscribirse entre el usuario o su representante y la máxima autoridad del Ministerio o su delegado oficial.

Una vez que el expediente esté completo Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces, deberá remitir la documentación a la Coordinación General Administrativo Financiera del MSP para continuar con el trámite de entrega de boletos aéreos, viáticos y subsistencias al usuario. Los gastos administrativos producidos para la emisión de pasaporte, visa, permisos de salida, notariado de documentos y otros gastos legales serán de responsabilidad del paciente o su representante legal. Para respaldar la erogación de fondos públicos, los pacientes o sus apoderados, deberán suscribir como garantía un pagaré a la orden por el valor total cubierto.

A su regreso, el usuario o su representante legal deberá justificar los gastos ante la Coordinación General Administrativo Financiera, presentando facturas, pases de abordar y demás documentos que respalde el correcto uso de los gastos entregados.

Esto lo deberá realizar en un plazo no mayor a quince días calendario posterior a su fecha de retorno al país.

5.9. Del control y seguimiento

El control y seguimiento de la parte técnica médica de los casos de cobertura económica lo realizará la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, o quien haga sus veces, de la siguiente manera:

El monitoreo para control y evaluación de la presente norma se basará en indicadores concretos que permitirán conocer el desempeño, eficiencia y calidad de los procedimientos aplicados para extender la cobertura a nivel internacional de las y los usuarios con condiciones catastróficas.

Estos indicadores son de tres tipos:

- a) Entrada.- Aquellos que permiten identificar que el proceso empieza de acuerdo a los lineamientos que se establecen en la norma.
- b) Proceso.- Aquellos que permiten evaluar la eficiencia de las actividades durante todo el transcurso del proceso hasta su etapa final.
- c) Salida.- Aquellos que permiten evaluar los resultados finales de todo el proceso.

5.9.1. Indicador de entrada

- Tasa de Expedientes Adecuados

Es la relación que existe entre los expedientes completos remitidos a la UEGPS sobre los expedientes recibidos, multiplicado por 100. El valor es aceptable hasta el 80%, inferior a esto, se deberá tomar acciones correctivas para incrementarlo.

$$\text{Expedientes Adecuados} = \frac{\text{Expedientes completos}}{\text{Expedientes recibidos}} \times 100$$

5.9.2. Indicador de proceso

- Tasa del tiempo óptimo de respuesta

Es la relación que existe entre el tiempo empleado en resolver favorable o desfavorable el caso desde la recepción de la documentación por el Comité, sobre el tiempo establecido en el presente documento (48 horas), multiplicado por 100. El valor no puede exceder el 100% debido a que generaría retrasos y el procedimiento no sería oportuno.

$$\text{Tiempo óptimo de respuesta} = \frac{\text{Tiempo empleado}}{\text{Tiempo establecido}} \times 100$$

Tiempo establecido

5.9.3. Indicador de salida

- Tasa de casos enviados al exterior

Es la relación que existe entre los casos de personas con Condiciones catastróficas enviados para su tratamiento al exterior sobre el número total de casos analizados, multiplicado por 100. El rango es aceptable desde el 70% al 80%.

$$\text{Casos enviados al exterior} = \frac{\text{Casos enviados}}{\text{Casos analizados}} \times 100$$

6. GLOSARIO

ACCESIBILIDAD: Se habla de accesibilidad de la atención cuando es fácil de iniciarse y de mantenerse. Esta depende de los proveedores que la hacen más o menos fácil de alcanzar y de usar, pero también depende de la habilidad de los clientes potenciales para vencer los obstáculos financieros, espaciales, sociales y psicológicos que se interponen entre ellos y la recepción de la atención. En acreditación es importante darle una dimensión adicional al término Acceso, ampliando su concepto a la capacidad de la organización de involucrar los derechos de los usuarios dentro de su sistema de direccionamiento político frente al paciente y su familia.

En resumen es la posibilidad que tienen los pacientes de ser atendidos efectivamente en los servicios de salud. Hay por lo menos tres tipos:

- Material (distancia, transporte, horarios),
- Económicas (costos de viaje, de los honorarios) y
- Sociales o culturales (barreras por pautas culturales, del idioma, etc.)

ACCESIBILIDAD CULTURAL: Posibilidad de uso de un servicio, derivada por actitudes originadas en creencias o rasgos educacionales.

ACCESIBILIDAD ECONÓMICA: Posibilidad de uso de un servicio, derivada de la capacidad adquisitiva de la población frente a tarifas y precios de servicios.

ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA: Posibilidad de uso de un servicio de acuerdo a su ubicación física, cercana al demandante.

ACCESIBILIDAD ORGANIZATIVA: Posibilidades de uso de un servicio, derivadas de disposiciones de índole operativo como ser el horario de atención, localización de especialistas, operatividad de equipos, etc.

ACTIVIDAD O PROCEDIMIENTO NO QUIRÚRGICO: Es el conjunto de actividades no instrumentales sobre el cuerpo humano, que se practican para el diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de enfermedades o accidentes.

ACTIVIDAD O PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: Es la operación instrumental, total o parcial, de lesiones causadas por enfermedades o accidentes, con fines diagnósticos, de tratamiento o de rehabilitación de secuelas.

ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS BILATERALES: Son las operaciones iguales que se practican en un mismo acto quirúrgico, en órganos pares, o en elementos anatómicos de los dos miembros superiores o inferiores.

ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS MÚLTIPLES: Son las practicadas al mismo paciente, en uno o más actos quirúrgicos, por uno o más cirujanos.

ALOJAMIENTO CONJUNTO: Es la modalidad que involucra los procesos de atención del recién nacido normal, en la misma habitación de la madre.

AMBULANCIA: Unidad móvil aérea, marítima o terrestre, destinada al traslado de pacientes.

ACREDITACIÓN: Es un proceso FORMAL y voluntario que conlleva al mejoramiento continuo de las organizaciones. Implica la búsqueda de estándares factibles OPTIMOS que son preestablecidos y conocidos. Es realizada generalmente por un organismo con reconocimiento, usualmente no gubernamental, en el cual pares evalúan que la organización de salud cumpla con los estándares determinados.

Se caracteriza por:

- Proceso voluntario
- Periódico
- De evaluación bajo estándares óptimos
- Confidencialidad

Es parte de un proceso de mejoramiento de la calidad.

ACEPTABILIDAD: Conformidad de pacientes y familiares con las expectativas que tenían sobre la atención médica solicitada y obtenida.

Aspecto relacionado con la satisfacción de los usuarios que tiene mucho que ver con aspectos culturales, sociales, económicos, respecto de la valoración que estos realizan acerca del costo, la calidad, la seguridad, la actitud del proveedor.

AFILIADO: Designa a la persona moral o física que se inscribe o es inscrita en un seguro de salud, público o privado, voluntario o obligatorio. A veces se les denomina como “adherente”, “derechohabiente”, “titular” o “miembro”. En algunos sistemas de seguro se distingue entre “afiliados” o “titulares”, quienes ostentan primariamente los derechos de cobertura, y “beneficiarios”, quienes suelen ser familiares en primer grado de los anteriores y son cubiertos en tanto el “afiliado” o “titular” mantiene su condición de tal. Los “beneficiarios” no siempre reciben el mismo conjunto de prestaciones que el titular.

ATENCIÓN DE EMERGENCIA: Es un proceso de cuidados de salud indispensables e inmediatos a personas que presentan una emergencia que comprende la organización de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad, previamente definido por el Ministerio de Salud Pública, para esa Unidad. Todas las entidades o establecimientos públicos o privados, que dispongan del servicio de emergencias, atenderán obligatoriamente estos casos, sin discriminación de raza, religión, condición social u otras causas ajenas a su razón de servicio.

ATENCIÓN DE EMERGENCIA DE TIPO PREHOSPITALARIO: Es el proceso de cuidados de salud que requieren de un conjunto de recursos técnicos como equipamiento de cuidado intensivo, instrumental, materiales, equipo de radio y de recursos humanos capacitados en el manejo de emergencias los mismos que deberán estar disponibles para desplazarse en forma oportuna al lugar de ocurrencia de una emergencia, prestar la atención inicial por cualquier afección, mantener estabilizado el paciente durante su traslado a un Centro Hospitalario y a orientar respecto de las conductas provisionales que se deben asumir mientras se produce el contacto.

CAMA: Es aquella instalada para el uso exclusivo de los pacientes internados durante las 24 horas, se incluyen las incubadoras. Se excluyen las camas de trabajo de parto, de recuperación post-quirúrgica, de hidratación que se usen sólo para este fin, las de observación, las cunas complemento de la cama obstétrica, las localizadas en los servicios de rayos X, Banco de Sangre, Laboratorio Clínico y las de acompañante.

CARENCIA (PERÍODO DE): Período mínimo de cotización exigido, entre otros requisitos, para tener derecho a alguna prestación de la Seguridad Social. Suele ser habitual que las prestaciones derivadas de una contingencia profesional (accidente laboral o enfermedad profesional) o de un accidente común, no queden subordinadas a períodos de carencia.

CERTIFICACIÓN: Proceso mediante el cual un cuerpo autorizado, ya sea un organismo gubernamental o no gubernamental, evalúa y reconoce que una persona o cumple con unos criterios preestablecidos. En salud es más conocida la certificación de profesionales como especialistas, en el cual el colegio profesional, sociedad o grupo de especialistas certifican que el profesional tiene capacidades mayores que las que permitieron su incorporación profesional y cumple con los requisitos suficientes para actuar.

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Proceso gradual que tiene lugar en el seno de la relación Médico-Paciente o relación Padres - Hijos – Médico, en virtud del cual el sujeto competente y capaz recibe del médico, en forma adecuada, información suficiente y no sesgada, en términos comprensibles, que le permite decidir voluntaria y libremente sobre la aprobación y aceptación o no de los procedimientos médicos que se aconsejan.

Es el consentimiento otorgado por una persona responsable de ella misma, para participar en un tratamiento, investigación, programa de inmunización, régimen, etc., tras haber sido informada del propósito, métodos, procedimientos, ventajas y riesgos inherentes. Este último factor es fundamental para que un sujeto otorgue su consentimiento informado.

En concreto: Información técnica, formal, clara y suficiente brindada por los profesionales tratantes a los pacientes para tomar decisiones compartidas sobre procedimientos y terapéuticas que suponen un riesgo más alto que el habitual.

CONTINUIDAD: Componente de la calidad de la asistencia al paciente que consiste en la coordinación de la asistencia misma necesaria entre diferentes médicos y centros sanitarios y a lo largo del tiempo.

DISCAPACIDAD: Cualquier alteración en la condición de la salud de un individuo que puede generar dolor, sufrimiento o interferencia con las actividades diarias. La discapacidad no solo supone una merma de las condiciones físicas de la persona, sino que los factores ambientales externos influyen y condicionan la calidad de vida al existir una relación directa entre el individuo y su entorno.

ENCUESTA: Estudio que se realiza en base a una muestra poblacional de características y número especiales que permite tomar conocimiento de los hechos en un momento determinado y en una población específica.

EFFECTIVIDAD Y CALIDAD: Implica que los ciudadanos reciben servicios de salud oportunos, resolutivos, seguros (calidad técnica) en condiciones materiales y éticas adecuadas (calidad percibida).

EFICIENCIA: Resulta de la relación entre resultados obtenidos y costos de los recursos empleados; los recursos son empleados eficientemente cuando una unidad de producto es obtenida a mínimo costo; o cuando, con un costo dado, se obtienen más unidades de producto.

EQUIDAD: En el estado de salud, implica favorecer la disminución de las diferencias evitables e injustas al mínimo posible;

En los servicios de salud, implica recibir atención en función de la necesidad (equidad de cobertura, acceso y uso) y contribuir en función de la capacidad de pago (equidad financiera).

FINANCIADOR: Entidad pública o privada que administra los fondos destinados a solventar el costo de las prestaciones de salud.

FRAGMENTACIÓN: Coexistencia de varios subsistemas de salud pequeños y no integrados. Como resultado aumenta los costos de transacción y obstaculiza la capacidad de garantizar el acceso equitativo y la provisión de servicios de salud.

GUÍAS CLÍNICAS (Clinical Guidelines): Compilación de datos, opciones e instrucciones disponibles con relación a cuadros clínicos que pueden presentar los pacientes, que orientan en la modalidad de acción más adecuada y con mayores evidencias científicas.

Constituye una orientación y no una modalidad de cumplimiento obligatorio. Se acompañan en general de protocolos terapéuticos. Las guías de manejo clínico basadas en evidencia científica son recomendaciones desarrolladas de manera sistemática que buscan ayudar al médico y al paciente en decisiones sobre el cuidado apropiado en salud en circunstancias clínicas específicas. Las guías de manejo clínico han sido promovidas como una estrategia para apoyar las decisiones clínicas, buscando mejorar la efectividad y optimizar costos de los servicios de salud.

Promueven una apreciación más explícita de los determinantes de la toma de decisiones clínicas y facilitan la estandarización y evaluación de la calidad de la práctica médica mediante parámetros confiables y científicamente sólidos.

HISTORIA CLÍNICA: La Organización Mundial de la Salud, define a la historia clínica (HC) como el registro escrito y organizado de las actividades desarrolladas durante el proceso de la atención brindada a una persona, sus alteraciones y evolución de los tratamientos recibidos dentro de una misma Clínica de salud, a través de toda la vida. La Historia Clínica debe registrar las atenciones por enfermedad y por fomento de la salud.

En otras palabras, la Historia Clínica es un conjunto de formularios narrativos, gráficos y de ambos estilos en los cuales se registran de manera detallada y ordenada las observaciones y hallazgos relacionados con la salud de una persona. Estos registros constituyen la base para la toma de decisiones médicas en el tratamiento de los

problemas de salud y justifican la evaluación y resultados del tratamiento aplicado. Sus características básicas son: Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica, Disponibilidad, Oportunidad, Confidencialidad

HISTORIA LABORAL: Es un documento que recopila la información completa de las cotizaciones realizadas en la Seguridad Social, así como los espacios laborales ocupados por la persona en el transcurso de su vida laboral activa.

INTEGRALIDAD: Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general de las condiciones de vida de toda la población. Papel de coordinación de una organización para que un paciente use una serie de prestadores cuyo trabajo en conjunto sea complementario dentro de un mismo proceso de atención en un punto del tiempo o a lo largo del mismo.

IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Entidad encargada de la administración y provisión de los recursos y prestaciones de la seguridad social de los ecuatorianos y ecuatorianas con relación de dependencia laboral o afiliados voluntariamente, según la norma vigente. EL IESS también administra el Seguro Social Campesino.

ISSFA: Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas. Entidad autónoma responsable de administrar los recursos y seguros del contingente militar.

ISSPOL: Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional. Entidad que administra los seguros de retiro (vejez) e invalidez, además de servicios sociales específicos. La cesantía (figura de seguro de desempleo) se gestiona en un sistema cooperativo independiente del ISSPOL; de igual manera, el seguro de salud tiene únicamente una figura de receptor de recursos que son enviados a la Dirección Nacional de Salud que los entrega vía presupuesto a sus unidades de salud.

LICENCIAMIENTO: Proceso de evaluación mediante el cual una entidad, generalmente gubernamental, otorga el permiso a un médico o a una organización, para prestar servicios de salud. Tiene las siguientes características básicas:

- Es oficial
- Es obligatorio
- Responde al cumplimiento de estándares mínimos
- Requiere renovación periódica
- El cumplimiento del licenciamiento permite funcionamiento

Se hace la evaluación para asegurar el cumplimiento de los estándares mínimos, para proteger la salud de los usuarios y la seguridad pública.

MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA: Es un proceso que consiste en la incorporación de la mejor demostración científica para tomar las mejores medidas de acción. Para que esto se cumpla se debe recurrir a la información actualizada y apropiada a través de la búsqueda bibliográfica siguiendo una determinada estrategia. La bibliografía encontrada debe ser calificada críticamente sobre la base de criterios de validez y utilidad.

MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD: Descripción esquemática del tipo y de la combinación de los servicios que se ofrecen generalmente en un país, una región, o un sistema, tal como el paquete de servicios básicos de un país dado.

PAGO DIRECTO: Mecanismo de financiación del sistema, condiciona la prestación en salud a la capacidad de pago del paciente, generando una mayor inequidad en el sistema (suelen pagar proporcionalmente más los más pobres, con relación a sus ingresos).

PARTICIPACIÓN SOCIAL: Se refiere a los procedimientos disponibles para que la población general y los distintos agentes influyan en la planificación, gestión, provisión y evaluación de los sistemas y servicios de salud, y a los resultados de dicha influencia.

PERTINENCIA: Calidad de lo que exactamente conviene o corresponde al objetivo que se trate.

QUEJA: Expresión de resentimiento o disgusto. Solicitud presentada por una persona que no se le dio satisfacción en determinado tema o servicio.

RECLAMO: Requerimiento presentado solicitando aclaración. Verificación o mayor información sobre un tema específico.

REDES: Tipo de organización operativa que permite prestar determinados servicios de manera complementaria o de manera integral en distintos centros de atención. Ej: Red de Hospitales, Red de Consultorios, etc.

RIESGO MORAL: Es el fenómeno según el cual los beneficiarios de un sistema tienen una tendencia a consumir de manera abusiva, o más que de costumbre, los servicios propuestos, de modo de “rentabilizar” al máximo las cotizaciones pagadas. Para algunos autores, el riesgo moral, se refiere también a los abusos en la prescripción por parte de los proveedores de asistencia médica.

REGULACIÓN: Función que ajusta la gestión de un sistema a determinados fines, estableciendo las reglas o normas a las que debe ceñirse.

RECTORÍA: Función que orienta a un sistema, de manera que su desempeño sea óptimo.

SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS: Bienestar de los pacientes frente al nivel técnico de la atención, las características de la interacción social con el personal de salud y las condiciones del espacio en el que se brinda la atención. Se incluyen dimensiones ambientales, institucionales, la forma de pago y el costo de la atención recibida. El núcleo central de la valoración termina residiendo en la satisfacción que se genera en una interacción social, en la integralidad del trato personal.

SELECCION ADVERSA: Problema derivado de la imposibilidad de un asegurador de distinguir entre los individuos que presentan un alto riesgo y los que presentan un bajo riesgo. En este caso la prima del seguro refleja el nivel del riesgo medio, lo cual induce a los individuos de bajo riesgo a no participar y hace subir el precio del seguro aún más, hasta que los mercados de seguros dejan de funcionar.

SEGMENTACIÓN: Existencia de subsistemas centrados en el aseguramiento de segmentos bien definidos y acotados de población, generalmente supone la existencia de un subsistema público con insuficientes recursos encargado de dar cobertura a los grupos de menor nivel de renta e indigentes y un subsistema privado, con una mayor disponibilidad de recursos para la prestación de servicios, concentrado en los segmentos más ricos de población.

SEGURIDAD: Consiste en lograr el mejor equilibrio posible entre los riesgos y los posibles beneficios que se derivan de los servicios prestados. Esta dimensión involucra el control de los riesgos de la atención para el usuario y para terceros.

SEGURO: Sistema de cobertura de riesgos o eventos inciertos mediante la distribución previa entre un cierto número de personas de los costos resultantes de estos riesgos. La participación es voluntaria y la parte interesada debe satisfacer ciertos requisitos para asociarse y pagar una cantidad de dinero (la “prima”) para tener derecho a los beneficios ofrecidos.

SOSTENIBILIDAD: La capacidad de satisfacer las necesidades del presente sin comprometer la capacidad de satisfacer las necesidades futuras (WHO 1998a). Implicando tanto la dimensión social como la financiera se define como la capacidad del sistema de resolver sus problemas actuales de legitimidad y financiamiento así como los retos de mantenimiento y desarrollo futuros.

Consecuentemente, incluye la aceptación y apoyo social y la disponibilidad de los recursos necesarios. Otra definición similar pero más breve: “La capacidad de un sistema de salud de funcionar de forma efectiva a lo largo del tiempo con el mínimo de ayuda externa.” Lanfond, A. «Sustaining primary health care». Save The Children Fund, Earthscan Pub. Ltd. London. 1995.

UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO: Es el servicio destinado a pacientes críticos, con complicaciones no derivadas de un acto quirúrgico, que con excepción de la asistencia ventilatoria, se les brinda la misma atención que en la Unidad de Cuidado Intensivo bajo el cuidado del médico intensivista en la medida que el caso lo requiera.

UNIDADES DE VALOR RELATIVO: Es un arancel o unidades relativas de valor, que le asigna un puntaje a cada procedimiento médico por el reconocimiento de los servicios profesionales y hospitalarios, dentro de un marco de organización que considera codificación numérica y descripción de procedimientos y servicios.

TRIAGE: Sistema de clasificación de gravedad de los usuarios en los servicios de emergencia, el cual determina la urgencia de la prestación del servicio, al igual que los recursos.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. **Asamblea Constituyente del año 2008 en Montecristi.** Constitución de la República del Ecuador (Montecristi-Manabí) : s.n., 2008.
2. **Ley Orgánica de Salud.** Ley 67, Registro Oficial Suplemento 423 de 22 de Diciembre del 2006.
3. **Organización de las Naciones Unidas.** Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, Resolución 217A (III), 1948, artículo 22.
4. **Contraloría General del Estado.** NORMAS DE CONTROL INTERNO PARA LAS ENTIDADES, ORGANISMOS DEL SECTOR PÚBLICO Y DE LAS PERSONAS JURÍDICAS DE DERECHO PRIVADO QUE DISPONGAN DE RECURSOS PÚBLICOS.
5. **MINISTERIO DE SALUD.** Resolución 5162 de 1994. Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos –MAPIPOS.
6. **Tobar, Federico.** La enfermedad como catástrofe. new.paho.org/hq/index.php.2010.
7. **Padrón, Hilda Santos,** Pobreza y marginalidad como criterio de priorización para las enfermedades catastróficas en México. Instituto de Seguridad Social de Tabasco (ISSET), México. 2009.
8. **OPS/OMS.** Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en las Américas. Bol. Epidemiol. 2004; 25(2).
9. **Knaul, F.** Justicia financiera y gasto catastrófico en salud: impacto del Seguro Popular en México. Revista de Salud Pública México. 2005;47(supl 1):57.
10. **Propuestas para un Sistema de Cobertura de Enfermedades catastróficas en Argentina.** Colección Cuadernos de la Fundación. Instituto de Ciencias del Seguro. Fundación MAPFRE. Argentina. 2008.

8. APÉNDICES

8.1. BASE LEGAL

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

Art. 3.- Son deberes primordiales del Estado:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

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

Art. 85.- La formulación, ejecución, evaluación y control de las políticas públicas y servicios públicos que garanticen los derechos reconocidos por la Constitución, se regularán de acuerdo con las siguientes disposiciones:

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

2. Sin perjuicio de la prevalencia del interés general sobre el interés particular, cuando los efectos de la ejecución de las políticas públicas o prestación de bienes o servicios públicos vulneren o amenacen con vulnerar derechos constitucionales, la política o

prestación deberá reformularse o se adoptarán medidas alternativas que concilien los derechos en conflicto.

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

En la formulación, ejecución, evaluación y control de las políticas públicas y servicios públicos se garantizará la participación de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades.

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

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

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

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

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

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

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

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

Art. 363.- El Estado será responsable de:

2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.

3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.

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

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

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

Estas instituciones estarán sujetas a control y regulación del Estado.

Art. 368.- El sistema de seguridad social comprenderá las entidades públicas, normas, políticas, recursos, servicios y prestaciones de seguridad social, y funcionará con base en criterios de sostenibilidad, eficiencia, celeridad y transparencia. El Estado normará, regulará y controlará las actividades relacionadas con la seguridad social.

Art. 370.- El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, entidad autónoma regulada por la ley, será responsable de la prestación de las contingencias del seguro universal obligatorio a sus afiliados.

La policía nacional y las fuerzas armadas podrán contar con un régimen especial de seguridad social, de acuerdo con la ley; sus entidades de seguridad social formarán parte de la red pública integral de salud y del sistema de seguridad social.

LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

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

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

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

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

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

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

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

Estos mecanismos incluyen:

- e) La referencia y contrareferencia;
- g) La celebración de convenios o contratos de gestión entre las entidades del Sistema para complementar la atención, con mecanismos de pago interinstitucionales basados en protocolos comunes, de acuerdo al reglamento correspondiente;
- i) Otros acuerdos de complementación interinstitucional.

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

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

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

REGLAMENTO A LA LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

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

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

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

LEY ORGÁNICA DE SALUD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Artículo... (1).- El Estado ecuatoriano reconocerá de interés nacional a las enfermedades catastróficas y raras o huérfanas; y, a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, implementará las acciones necesarias para la atención en salud de las y los enfermos que las padezcan, con el fin de mejorar su calidad y expectativa de vida, bajo los principios de disponibilidad, accesibilidad, calidad y calidez; y, estándares de calidad, en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, habilitación y curación.

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

Artículo... (2).- Son obligaciones de la Autoridad Sanitaria Nacional

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

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

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

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

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

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

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

- a) Que implique un alto riesgo para la vida de la persona;
- b) Que sea una enfermedad crónica y por lo tanto que su atención no sea emergente; y,
- c) Que su tratamiento pueda ser programado o que el valor promedio de su tratamiento mensual sea mayor al determinado en el Acuerdo Ministerial de la Autoridad Sanitaria Nacional”.

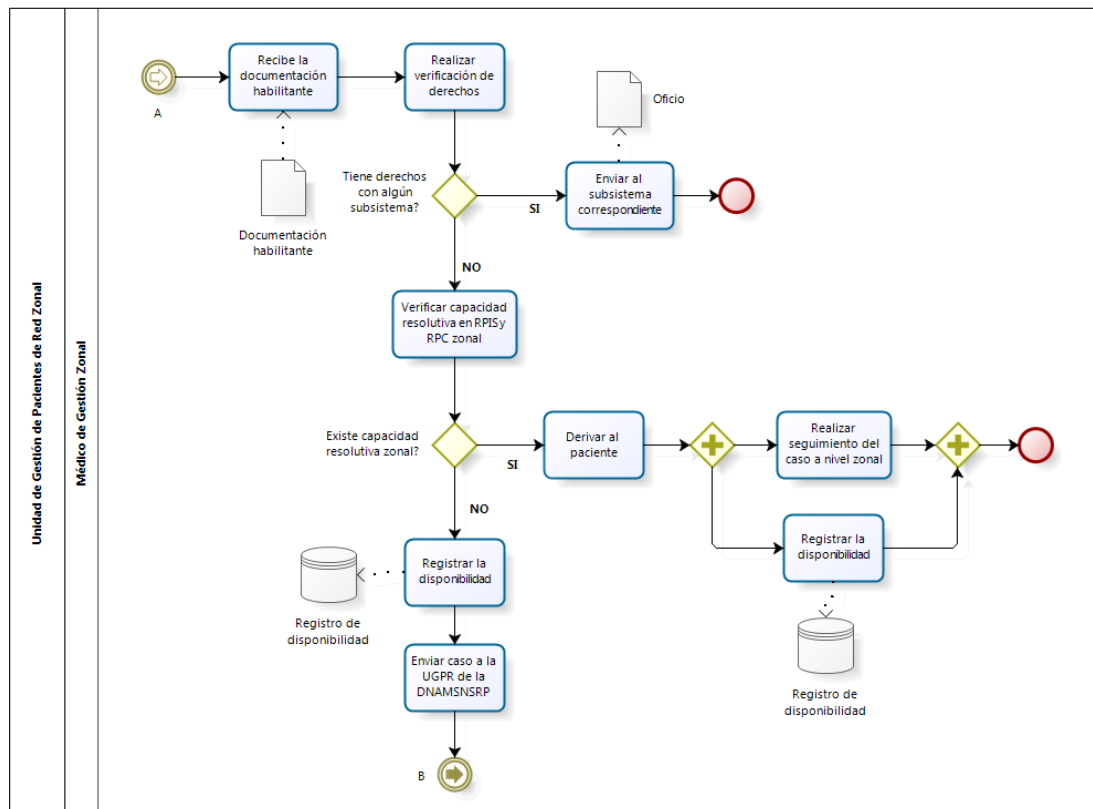
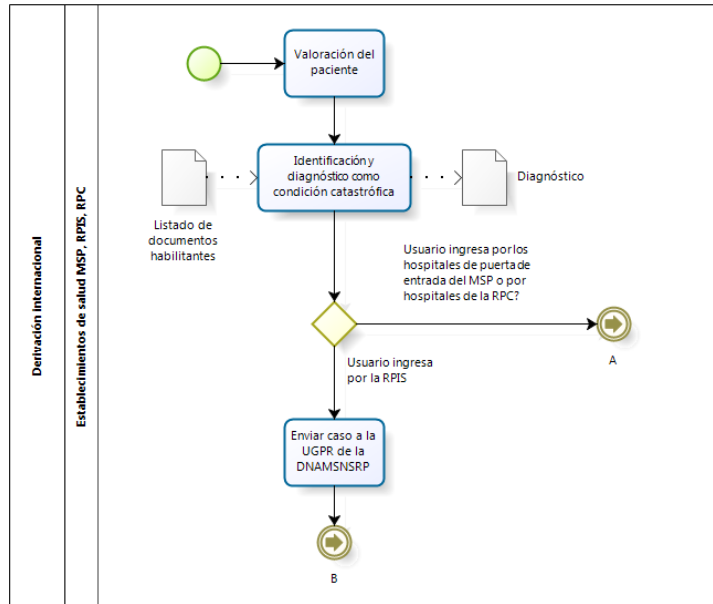
Enfermedades Raras y Huérfanas: Las enfermedades raras o huérfanas, incluidas las de origen genético, son aquellas enfermedades potencialmente mortales, o debilitantes a largo plazo, de baja prevalencia y de alta complejidad.

**8.2. UNIDADES HABILITADAS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
PARA CASOS DE CONDICIONES CATASTROFICAS QUE
REQUIERAN COBERTURA INTERNACIONAL**

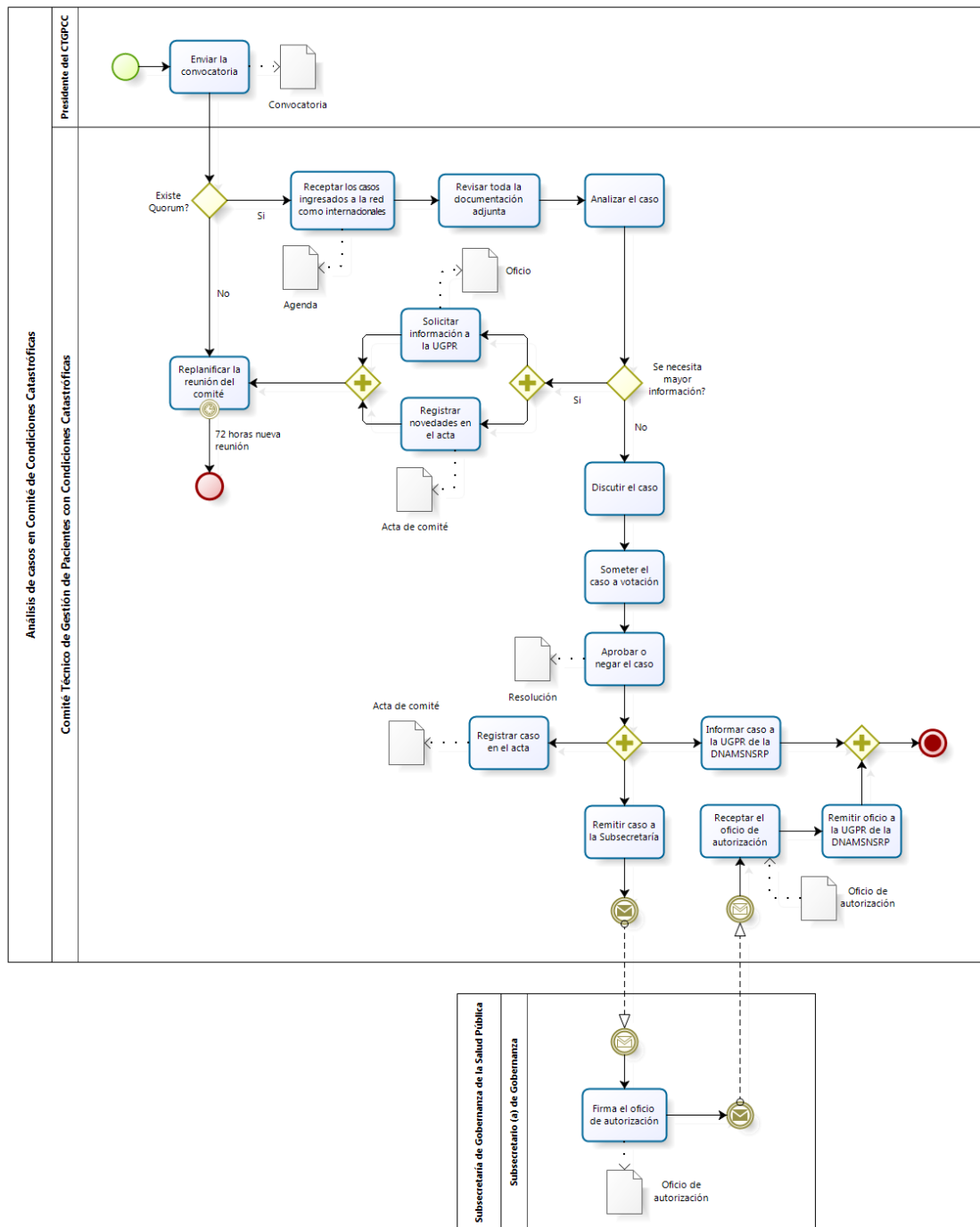
ZONA	PROVINCIA	HOSPITAL
2	Pichincha	Hospital de Especialidades Eugenio Espejo
2	Pichincha	Hospital Pediátrico Baca Ortiz
2	Pichincha	Hospital Gineco-Obstétrico “Isidro Ayora” de Quito
6	Azuay	Hospital Vicente Corral Moscoso
8	Guayas	Hospital Abel Gilbert Pontón (Guayaquil)
8	Guayas	Hospital Icaza Bustamante

8.3. DIAGRAMAS DE FLUJO PARA GESTIÓN DE CASOS INTERNACIONALES

8.3.1. Diagrama de flujo para la derivación internacional



8.3.2. Análisis de casos en Comité de Condiciones Catastróficas



9. ANEXOS

ANEXO 1: OFICIO PARA ANALISIS DE COBERTURA INTERNACIONAL

HOJA MEMBRETADA DEL SUBSISTEMA
Quito, XX de XXX De XXXX
Nro. Oficio: XXXXXXXX

OFICIO PARA ANÁLISIS DE COBERTURA INTERNACIONAL
Responsable del Subsistema

Señor Doctor

COORDINADOR GENERAL
UNIDAD DE GESTION DE PACIENTES DE LA RED DE LA DIRECCION NACIONAL DE
ARTICULACION
Presente.

Por medio del presente me permito poner a su conocimiento el caso de
_____(nombre y apellidos
completos), con CC: _____ y un diagnóstico de
_____, el mismo que requiere el manejo
terapéutico/procedimiento:
_____.

Una vez analizada la cartera de servicios de los establecimientos de salud propios y externos de este subsistema, certifico que el mencionado procedimiento no puede ser realizado en ninguna de las unidades.

Por este motivo, agradeceré se considere el caso para análisis de cobertura internacional, de acuerdo a la Norma técnica para el procedimiento de envío y financiamiento de la atención integral en el exterior de pacientes con Condiciones catastróficas vigente, por lo que es compromiso de esta Institución, aceptar lo estipulado en la norma.

Con sentimientos de estima y consideración, me suscribo.

Atentamente,

Firma y sello correspondiente

Responsable del subsistema

ANEXO 2: CERTIFICADO MEDICO ESPECIALISTA

HOJA MEMBRETADA DEL HOSPITAL
Quito, XX de XXX de XXXX
Nro. Certificado: XXXXXXXX

CERTIFICADO 01

MÉDICO ESPECIALISTA

Yo, _____ (nombres y apellidos completos),
profesional de la salud con número de registro _____ y, Médico Especialista en
_____ del _____ Hospital
_____, certifico que
_____ (nombres y apellidos
completos) con CC: _____, de _____ años de edad, es paciente de este
servicio desde _____ y presenta el siguiente diagnóstico:

DIAGNÓSTICO 1:	CIE 10:	
DIAGNÓSTICO 2:	CIE 10:	

Y requiere el siguiente manejo terapéutico/procedimiento:

MANEJO TERAPÉUTICO/PROCEDIMIENTO:
JUSTIFICACIÓN TÉCNICA DE NECESIDAD DE MANEJO TERAPÉUTICO/PROCEDIMIENTO:

Firma y sello correspondiente

Dr . _____

ANEXO 3: CERTIFICADO DIRECTOR MEDICO

HOJA MEMBRETADA DEL HOSPITAL
Quito, XX de XXX de XXX.
Nro. Certificado: XXXXXXXX

CERTIFICADO 02 **Director Médico**

Yo, _____ (nombres y apellidos completos),
en _____ mi _____ calidad _____ de _____ Director Médico del Hospital
_____, ante el pedido del Doctor
_____ de atención al paciente:
_____ (nombres y apellidos completos),
certifico que en este establecimiento de salud no se realiza el siguiente tratamiento
terapéutico/procedimiento:

MANEJO TERAPÉUTICO/PROCEDIMIENTO:

JUSTIFICACIÓN PARA LA NO REALIZACIÓN DE MANEJO TERAPÉUTICO/PROCEDIMIENTO:

Firma y sello correspondiente

Director Médico

ANEXO 4: CARTA COMPROMISO ENTRE EL BENEFICIARIO Y EL MSP

CARTA COMPROMISO

En la ciudad de Quito Distrito Metropolitano, a los ____ días del mes de _____ de _____, comparece el/la señor/a _____ portador/a de la cédula de ciudadanía No. _____, en su calidad de _____ y/o representante legal de _____.

La Unidad de Gestión de Pacientes de la Red de la Dirección Nacional de Articulación habiendo recibido el caso No. _____ que corresponde al paciente _____, quién fue referido por el/la doctor/a _____, en su calidad de Director/a Médico del Hospital _____; quien certifica que el paciente _____ presenta el diagnóstico de _____ cuyo tratamiento debe realizarse en el Hospital _____ de la ciudad de _____.

Con oficio No. _____ de fecha ____ de _____ de _____, el/la Señor/a _____, Subsecretaria/o Nacional de Gobernanza de Salud Pública, informa a e/la Doctor/a _____, Director/a Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública, que el/la paciente _____, ecuatoriano/a de ____ años de edad, con diagnóstico médico de _____ quién necesita de manera urgente y sea intervenido/a quirúrgicamente, en el Hospital _____ de la ciudad de _____: en reunión mantenida el ____ de _____ de _____ de Comité Técnico de Gestión de Pacientes con Condiciones Catastróficas (CTGPCC), APROBO, brindar el apoyo económico para el/la paciente y su acompañante con la compra de boletos aéreos, subsistencias, hospedaje y movilización del paciente y de su acompañante, que por lo expuesto solicita se realice el trámite pertinente correspondiente al ámbito de su competencia, con la finalidad de que la paciente reciba atención necesaria.

Mediante oficio No. _____ de fecha ____ de _____ de _____, el/la Doctor/a _____, Director/a Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública, solicita a el/la doctor/a _____ Coordinador de la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación la elaboración de la carta compromiso relacionada al Caso de cobertura internacional No. _____, en el que se detalla los valores a ser cubiertos por la unidad.

El/la señor/a _____ se compromete en forma libre y voluntaria a cumplir con las disposiciones emitidas por el Ministerio de Salud Pública (MSP) y a recabar la toda la información necesaria que justifique los gastos incurridos por él en el exterior.

El/la señor/a _____ en su calidad de _____ y/o representante legal de el/la paciente _____, se compromete a utilizar los fondos entregados por el Ministerio de Salud Pública, como ayuda económica, en la hospedaje, movilización y alimentación de el/la beneficiario/a de cobertura internacional por parte del MSP.

En el caso de requerirse otros servicios fuera del hospital como: exámenes, medicamentos y otros insumos, etc. deberá solicitar las facturas respectivas a nombre del Ministerio de Salud Pública con número de RUC: 1760001120001, teléfono (593) 3814-400.

El/la señor/a _____ en su calidad de _____ y/o representante legal de el/la paciente _____ se compromete a entregar a la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación la siguiente documentación a su retorno:

- Pases de abordar de boletos aéreos (ida y vuelta)
- Facturas de alimentación
- Factura de alojamiento

Igualmente el/la señor/a _____, declara de forma libre y voluntaria, que la valoración y tratamiento al que será sometido/a el paciente _____ será de entera responsabilidad, por lo que asumirá el riesgo que se ocasionen o llegará a ocasionarse por dicha valoración y tratamiento, sin que al respecto tengan que realizar reclamo alguno al Ministerio de Salud Pública del Ecuador y a la Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y Red Pública, y a las instituciones que conforman la Red Pública Integral de Salud.

De igual forma garantiza la veracidad de la información otorgada por su parte al Ministerio de Salud Pública, para lo cual, en caso de ser necesario autoriza a dicha institución la verificación de la documentación entregada por su parte.

Queda expresamente establecido que el MSP no se responsabiliza por el servicio prestado por el Hospital _____, así como también de los resultados obtenidos de la valoración.

Adicionalmente se compromete a regresar al país con toda la documentación original del tratamiento, para los justificativos pertinentes.

El Ministerio de Salud Pública se reserva el derecho de seguir las acciones legales pertinentes en caso de que el/la señor/a _____, incumpla con el compromiso determinado en el presente documento.

NOMBRE:

CC:

Hoja de control y revisiones

Aprobado por:	Cargo:	Firma
Miguel Malo	Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud Pública	
Francisco Vallejo	Subsecretario Nacional de Gobernanza de la Salud Pública	
Revisado por:	Cargo:	Firma
	Coordinadora General de Asesoría Jurídica (S)	
Patricia Granja	Asesora Ministerial	
Nilda Villacrés	Asesora Ministerial	
Verónica Torres	Directora Nacional Financiera	
Esteban Luzuriaga	Director Nacional Administrativo	
Carmen Carrasco	Directora Nacional de Articulación y Manejo de la Red	
Gabriela Aguinaga	Directora Nacional de Normatización	
Darío Medranda	Consultor	
Daniel de La Torre	Director Nacional de Cooperación y relaciones Internacionales (E)	
Elaborado por	Cargo	Firma
Indira Proaño	Analista	
Olga Peña	Analista	
Diego Borja	Analista	
Juan Sánchez	Coordinador	
Sergio Carrasco	Consultor	
Sonia Díaz Salas	Consultora	