

REGLAMENTO REEMBOLSO GASTOS URGENCIAS UNIDADES AJENAS AL IESS

Friday, 06 de November de 2009

PUBLICADO EN R.O. N.58 30-October-2009

No. C.D.283

EL CONSEJO DIRECTIVO DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

PUBLICADO EN R.O. N.58 30-October-2009

No. C.D.283

EL CONSEJO DIRECTIVO DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Considerando:

Que, la Constitución de la República del Ecuador garantiza el derecho a la protección de la salud de los ciudadanos;

Que, de conformidad con el artículo 370 de la Constitución de la República, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), es una entidad autónoma responsable de la prestación de las contingencias del seguro universal obligatorio a sus afiliados;

Que, de acuerdo a lo previsto por el artículo 16 de la Ley de Seguridad Social, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), está dotado de autonomía normativa, técnica, administrativa, financiera y presupuestaria, con personería jurídica y patrimonio propio;

Que, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), tiene como misión fundamental proteger las contingencias de sus afiliados, jubilados y beneficiarios en salud, invalidez, vejez y muerte;

Que, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), dentro de sus políticas de protección a los afiliados y jubilados y beneficiarios, está obligado a conceder prestaciones de salud a sus asegurados, mediante servicios médico asistenciales necesarios y oportunos;

Que, es necesario armonizar las disposiciones de la Constitución de la República, la Ley de Seguridad Social y otras leyes con la reglamentación interna referente a la compensación de gastos médicos causados por urgencias y emergencias atendidas en unidades de salud ajenas al IESS;

Que, la Comisión Interventora del IESS, expidió el 21 de octubre de 1998 el “REGLAMENTO PARA ATENCION MEDICA EN UNIDADES DE SALUD AJENAS AL IESS”; y,

En uso de las atribuciones que le confiere el artículo 27, literales c) y f) de la Ley de Seguridad Social,

Resuelve:

EXPEDIR EL SIGUIENTE REGLAMENTO PARA COMPENSACION DE GASTOS OCASIONADOS POR URGENCIAS Y EMERGENCIAS ATENDIDAS EN UNIDADES DE SALUD AJENAS AL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL-IESS.*

Artículo 1.- *Objeto:* El presente reglamento regula el derecho de los afiliados y jubilados del IESS, de los beneficiarios de viudez y de los hijos de los afiliados menores de seis (6) años de edad, para acceder a la compensación de gastos por atención médica en unidades de salud ajenas al instituto.

La compensación de gastos no constituye beneficio en dinero sino reembolso por una prestación médica asistencial pagada por el asegurado o sus derechohabientes.

Artículo 2.- *Definiciones:* Para la aplicación del presente reglamento, se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

Urgencias: Son las patologías de aparición súbita que no ponen en riesgo la vida del paciente, pero que interrumpen temporalmente su actividad habitual.

Emergencias: *Son los estados patológicos de manifestación súbita y grave, así como el caso de enfermos que hallándose bajo tratamiento, sufrieren agravamiento repentino, y de los accidentados que requieran de atención médica inmediata, que al no ser otorgada podría poner en peligro la vida o dejar secuelas que afecten la integridad funcional u orgánica del paciente.

Unidades médico-asistenciales del IESS: Son los servicios de salud de propiedad del IESS, integrados en sistemas regionales para la atención de los afiliados, jubilados y beneficiarios con derecho, organizados por nivel de complejidad de conformidad con la reglamentación interna del instituto.

Unidades médico-asistenciales ajenas al IESS integrantes de la red externa:* Son las unidades prestadoras de servicios de salud y consultorios médicos, de naturaleza pública o privada, legalmente autorizadas y previamente calificadas y contratadas por el instituto para prestar servicios de salud a sus afiliados, jubilados y derechohabientes, que conforman la red externa de servicios de salud del IESS.

Unidades médico-asistenciales ajenas al IESS no integrantes de la red externa: *Son las unidades prestadoras de servicios de salud y consultorios médicos, de naturaleza pública o privada, legalmente autorizadas, que no mantienen convenios con el IESS.

Artículo 3.- *Derecho a la compensación:* El derecho a la compensación establecido en este reglamento se reconocerá a quienes cumplan las normas legales y reglamentarias, para causar derecho a prestaciones en los seguros de enfermedad, maternidad y riesgos del trabajo, aún en el caso de mora del empleador, del trabajador sin relación de dependencia o del afiliado al régimen voluntario en el pago de aportes, sin perjuicio de la responsabilidad patronal a que hubiere lugar, de conformidad con la Ley de Seguridad Social y las regulaciones internas dictadas por el IESS.

Los asegurados tendrán derecho a compensación de gastos por atención médica en los casos de urgencia o emergencia, hasta por el monto máximo establecido en el tarifario del seguro general de salud individual y familiar para la atención médica a los asegurados del IESS, dentro de un mismo período anual, sin consideración del número de veces que hagan uso de dicho derecho.

Artículo 4.- *Naturaleza de la compensación:* La compensación de gastos por atención médica se otorgará a quienes justificaren las calidades establecidas en el artículo 1 y previo cumplimiento de los requisitos previstos en el artículo 5 de este reglamento, se vieren obligados a recurrir a la atención médica en unidades asistenciales ajenas al IESS, por un trastorno súbito de su salud, en los casos de urgencia o emergencia definidos en el artículo 2 del presente reglamento.

La compensación de gastos por atención médica se otorgará también, cuando un asegurado o beneficiario con derecho, habiendo optado por recurrir a una Unidad Médica del IESS, por una situación de urgencia o emergencia, no fuere atendido. En este caso, el responsable está obligado a certificar el hecho en forma inmediata e ineludible.

Si el servidor obligado a certificar la imposibilidad de otorgar la prestación no lo hiciere en forma inmediata, será sancionado de conformidad con la ley, en cuyo caso el Director de la Unidad de Salud, remitirá el expediente a la Oficina de Recursos Humanos, para que se realice una investigación administrativa y se emita un informe en el término de cuarenta y ocho (48) horas, con las recomendaciones que correspondieren.

Artículo 5.- Trámite para el pago de la compensación:* La compensación de los gastos originados en los casos de urgencia y emergencia señalados en este reglamento, se efectuará siempre que el asegurado o beneficiario hubiere cumplido los requisitos siguientes:

1. Comunicar al IESS, por sí o por interpuesta persona y dejando constancia de la comunicación, mediante documento físico o por internet, dentro de los ocho (8) días hábiles luego de producida la urgencia o emergencia.

El aviso será presentado en la Secretaría de la Comisión de Calificación para Compensación de Gastos Médicos; a su falta, el trámite se presentará directamente en la Subdirección o Jefatura Provincial del Seguro de Salud Individual y Familiar.

2. Entregar, dentro de los diez (10) días hábiles contados a partir de la presentación de la comunicación señalada en el numeral anterior, los siguientes documentos:

a) Solicitud de reembolso de gastos, adjuntando fotocopia de la cédula de identidad/ciudadanía o pasaporte para el caso de extranjeros;

b) Copia certificada del expediente clínico conferido por la unidad médica en donde fue atendido el paciente, el mismo que contendrá: nota de ingreso, historia clínica, hojas de evolución y epicrisis (nota de egreso), resultado de los exámenes complementarios y protocolo operatorio con el resultado histopatológico, si el caso así lo amerita;

c) Factura original y una copia a nombre del paciente por el pago de las atenciones médicas recibidas; y,

d) Factura original y copia del pago de las medicinas y otros insumos médicos utilizados, debidamente certificados por la unidad médica en donde fue atendido el paciente, en caso de que hubiere incurrido en dichos gastos.

Una vez cumplidos los requisitos y entregados los documentos señalados en los numerales 1 y 2 de este artículo, el responsable de la dependencia local del IESS, remitirá el expediente al Subdirector o Jefe Provincial de Salud, dentro de las veinticuatro (24) horas contadas a partir de la recepción, bajo su responsabilidad.

El servidor del IESS, que reciba la comunicación a que se refiere el numeral 1 de este artículo, está obligado a informar al solicitante sobre los documentos exigidos en el numeral 2 de este artículo.

Una vez que el servidor reciba los documentos mencionados en los numerales 1 y 2 de este artículo, registrará la fe de presentación en la que conste hora, fecha, identificación, sello y rúbrica.

Artículo 6.- Comisión Calificadora para Compensación de Gastos Médicos:* La Comisión Calificadora para Compensación de Gastos Médicos, estará conformada por: un Vocal delegado del Subdirector o Jefe Provincial del Seguro de Salud Individual y Familiar, quien la presidirá; un Vocal médico designado por el Director de la Unidad Médica de mayor complejidad de la jurisdicción provincial del IESS; un Vocal abogado del área administrativa delegado del Director Provincial, que actuará además como Secretario; y, un Vocal delegado del Área de Afiliación y Control Patronal. Los mencionados vocales actuarán con voz y voto.

Artículo. 7.- Atribuciones y responsabilidades de la Comisión Calificadora para Compensación:* La comisión en mérito del expediente, resolverá sobre la petición de compensación de gastos solicitados, aplicando el siguiente procedimiento:

1. Analizar la solicitud de compensación de gastos médicos presentada y verificar que la documentación cumpla los requisitos establecidos en este reglamento.

2. Aprobar o negar la solicitud de compensación de gastos médicos, dentro del término de diez (10) días contados desde la recepción del expediente.

3. Notificar al Subdirector y/o Jefe Provincial de Salud del IESS y al solicitante, remitiéndoles copia certificada de la resolución.

Las resoluciones se adoptarán por mayoría de votos de los integrantes, y en caso de empate el Presidente resolverá con voto dirimente.

Cuando del análisis del expediente se encontraren indicios de irregularidades, se remitirá la documentación a la delegación de la Procuraduría General del IESS, para que, de ser el caso, se inicien las acciones legales correspondientes.

Artículo 8.- Pago de la compensación:* De ser favorable la resolución de la comisión, el Subdirector y/o Jefe Provincial de Salud del IESS, dentro del término de cuarenta y ocho (48) horas desde la recepción de la notificación, dispondrá el pago al asegurado o sus derechohabientes.

Artículo 9.- Compensación en caso de fallecimiento del asegurado:* Cuando el derecho a la compensación corresponda a un asegurado fallecido mientras recibía atenciones de salud en una unidad médica ajena al IESS, se pagará el reembolso de los gastos médicos a la persona o entidad que compruebe haberlos cancelado.

Artículo 10.- Negación de reembolso de gastos:* En caso de haberse negado total o parcialmente la compensación en el acuerdo expedido por la Comisión Calificadora, el beneficiario o sus derechohabientes podrán interponer recurso de apelación para ante la Comisión Nacional de Apelaciones, dentro del término de ocho (8) días contados a partir de la fecha de la notificación del acuerdo, recurso que se presentará en la dependencia que notificó al interesado.

El funcionario que recepte el recurso de apelación presentado por el interesado, remitirá la documentación, bajo su responsabilidad, dentro del término de cuarenta y ocho (48) horas contados desde su recepción, a la Comisión Nacional de Apelaciones, órgano que resolverá en derecho, de conformidad con la Ley de Seguridad Social.

Artículo 11.- Montos de pago por compensación de gastos:* Las compensaciones de gastos definidas en este reglamento, se registrarán por lo estipulado en el tarifario del seguro general de salud individual y familiar para la atención médica a los asegurados del IESS, y su monto máximo anual no podrá exceder del tope determinado en dicho tarifario.

Por excepción, la institución cubrirá la totalidad de la atención médica con sujeción a los valores establecidos en el tarifario, en los casos de asegurados que, encontrándose hospitalizados por emergencia en una unidad médica ajena al IESS, no integrante de la red externa, no puedan ser trasladados a una unidad médica del IESS o unidad médica integrante de la red externa. Para el efecto, se deberá comunicar al IESS, dentro del plazo establecido de ocho (8) días de originada la emergencia, y se requerirá la certificación del hecho por parte de un médico especialista del IESS.

Artículo 12.- Plazo para el ejercicio del derecho:* La compensación de gastos médicos se podrá otorgar hasta por el monto máximo establecido en el tarifario en un año calendario, siempre que la urgencia o emergencia médica cumpla con los requisitos previstos en este reglamento.

Artículo 13.- Casos de aseguramiento privado:* Los asegurados que recibieren de un seguro privado reembolso de gastos médicos por la misma urgencia o emergencia, no tendrán derecho a la compensación en el IESS, sin embargo cuando dicho seguro privado no cubra la totalidad de los gastos, podrá solicitarse compensación de gastos médicos por

la diferencia, hasta cubrir con los montos máximos establecidos en el tarifario.

El expediente contendrá la documentación que sea entregada por el asegurado y deberá archivar los documentos debidamente foliados en letras y números.

DISPOSICION GENERAL.- Las solicitudes de compensación de gastos médicos, presentadas con anterioridad a la fecha de expedición de este reglamento, se resolverán de conformidad con las normas vigentes a la fecha en que ocurrió la emergencia.

DISPOSICION TRANSITORIA.- Dentro del plazo de sesenta (60) días el Director General, en coordinación con la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar y la Dirección de Desarrollo Institucional, dictará un instructivo de ejecución de esta resolución, que contendrá los aplicativos informáticos correspondientes.

DISPOSICIONES FINALES

PRIMERA.- De la ejecución de la presente resolución encárguese la Dirección General, la Dirección General del Seguro Individual o Familiar de Salud y las subdirecciones y/o jefaturas provinciales de Salud del IESS, dentro de sus jurisdicciones y competencias.

SEGUNDA.- Derógase el “REGLAMENTO PARA ATENCION MEDICA EN UNIDADES DE SALUD AJENAS AL IESS” expedido mediante Resolución C. I. 009 de 21 de octubre de 1998.

TERCERA.- Este reglamento entrará en vigencia a partir de la presente fecha. Publíquese en el Registro Oficial.

Comuníquese.- Quito, Distrito Metropolitano, a 14 de octubre del 2009.

f.) Ramiro González Jaramillo, Presidente, Consejo Directivo.

f.) Ing. César Rodríguez Talbot, miembro, Consejo Directivo.

f.) Ab. Luis Idrovo Espinoza, miembro, Consejo Directivo.

f.) Econ. Fernando Guijarro Cabezas, Director General, IESS.

Certifico.- Que la presente resolución fue aprobada por el Consejo Directivo en dos discusiones, en sesiones celebradas el 29 de septiembre y el 14 de octubre del 2009.

f.) Dr. Patricio Arias Lara, Prosecretario, Consejo Directivo.

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.- Es fiel copia del original.- Lo certifico.- f.) Dr. MSc. Patricio Arias Lara, Prosecretario, Consejo Directivo.- 20 de octubre del 2009.

Certifico.- Que esta es fiel copia autentica del original.- f.) Dr. Angel V. Rocha Romero, Secretario General del IESS.