

CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA

Certifico que:

” Impacto financiero en prestadores privados por limitaciones normativas y discrecionalidad en la auditoría de salud en Ecuador”, es el tema del Artículo Profesional de alto nivel de mi AUTORÍA, previo a la obtención del Título de Cuarto Nivel o Posgrado correspondiente a Magister en Derecho Médico por lo que, asumo su originalidad y el uso de fuentes de terceros registradas según las normas APA vigentes.

Cuenca, Diciembre, 2025

Md. Hipatia Annabel Ocampo Ortega.
N.C: 1103721211

Dedicatoria

Quiero dedicar este informe a quienes han convertido mis días en propósito y mis luchas en fortaleza. A ustedes, que han sido mi impulso constante y el recordatorio silencioso de que toda meta es alcanzable cuando se camina con fe y con Dios como guía.

Para ustedes, **Eduardo y Adriel**, que sus nombres queden escritos en estas páginas como testimonio de que todo lo que me propuse lo hice pensando en su futuro. Que este logro les recuerde siempre que no existen imposibles cuando el corazón se mantiene firme y la voluntad se acompaña de esperanza.

Ser su madre es mi mayor bendición, y verlos orgullosos será siempre mi mayor victoria.

Agradecimiento

Quiero agradecer, en primer lugar, a Dios, mi Padre Celestial, a quien le debo todo lo que soy y todo lo que he logrado. Su guía, fortaleza y misericordia han sido fundamentales en cada paso de este camino, y este logro no es la excepción.

A mi esposo **Gustavo**, por ser apoyo incondicional en cada uno de mis propósitos, por acompañarme desde todos los aspectos posibles y por hacer mis días más livianos con su comprensión, paciencia y amor.

A mi director, **Dr. Ricardo Agustín Alarcón Vélez**, por su valioso acompañamiento, dedicación y aporte en la construcción de este trabajo. Admiro profundamente su profesionalismo y entrega, y le deseo éxitos continuos en su labor académica y en la transmisión de sus conocimientos.

A la **Universidad Católica de Cuenca**, por brindarme la oportunidad de crecer profesionalmente y permitirme desarrollar las herramientas necesarias para alcanzar este objetivo.

A todos quienes contribuyeron con su apoyo e hicieron posible avanzar y concluir este proyecto, expreso mi sincera gratitud.

Índice

RESUMEN	6
ABSTRACT	8
CAPITULO I- DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	10
1.1.- Introducción.....	10
1.2.- Planteamiento del Problema	12
CAPÍTULO II- METODOLOGÍA	13
CAPITULO III – PROCESO DE LA AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.....	15
3.1. Cumplimiento de plazos en el proceso de auditoría.....	15
3.2. Documentación habilitante y directrices para la ACFSS en la normativa vigente .	19
3.3. Impacto financiero por retrasos y objeciones	19
3.4. Comparativa internacional: Ecuador vs. Colombia	22
CAPÍTULO IV- DISCUSIÓN	26
CAPITULO V. CONCLUSIONES.....	37
CAPITULO VI. RECOMENDACIONES	40
BIBLIOGRAFÍA:.....	42

RESUMEN

Introducción: El presente artículo analiza las limitaciones normativas y la discrecionalidad en la Auditoría de la Calidad de Facturación de los Servicios de Salud ACFSS en Ecuador, regulada por el Acuerdo Ministerial AM 00140 2023 “Reglamento de relacionamiento para la prestación de servicios de salud entre instituciones de la Red Pública Integral de Salud RPIS, de la Red Privada Complementaria RPC y el Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito SPPAT; y, su reconocimiento económico”, y su impacto en la sostenibilidad financiera de los prestadores privados.

Problema: Se evidencia retrasos significativos en auditorías y pagos, con una deuda estatal que asciende a aproximadamente USD 500 millones con prestadores privados, afectando directamente la liquidez y continuidad de la atención. Aunque existen disposiciones legales y sanciones aplicables frente al incumplimiento de plazos y obligaciones por parte de los financiadores, el reglamento no detalla un procedimiento operativo que permita a los prestadores activar estas sanciones o apelar objeciones definitivas de manera efectiva. La falta de claridad normativa permite que los financiadores gestionen discrecionalmente los tiempos de auditoría y la emisión de objeciones, generando conflictos y riesgos financieros para los prestadores. **Objetivo** Analizar las limitaciones normativas y la discrecionalidad en la Auditoría de la Calidad de Facturación de los Servicios de Salud en Ecuador y su impacto en la sostenibilidad financiera de los prestadores privados, contrastando el marco legal ecuatoriano con

experiencias internacionales, como la de Colombia. **Metodología y Resultados:** Se realizó un análisis comparativo del Acuerdo Ministerial AM 00140 2023 con el marco normativo colombiano (Ley 1438 de 2011, Decreto 441 de 2022 y Resolución 2284 de 2023), evidenciando que Ecuador carece de procedimientos internos claros para apelar objeciones o activar sanciones frente a incumplimientos de los financiadores. En contraste, Colombia establece plazos breves y mecanismos claros de resolución de controversias dentro del proceso auditor, garantizando mayor simetría y transparencia. **Conclusiones:** En Ecuador es indispensable reformar el AM 00140 2023 para incluir un procedimiento interno, explícito y equilibrado que asegure la equidad en el cumplimiento de obligaciones, la sostenibilidad financiera de los prestadores y la garantía efectiva del derecho a la salud.

Palabras claves: Auditoría médica, Sistemas de salud, Sostenibilidad financiera, Regulación sanitaria, Ecuador

ABSTRACT

Introduction: This article analyzes the regulatory limitations and discretion in the Quality Audit of Health Service Billing (ACFSS) in Ecuador, governed by Ministerial Agreement AM 00140 2023, “Regulations for the Provision of Health Services between Institutions of the Integral Public Health Network (RPIS), the Complementary Private Network (RPC), and the Public Service for Traffic Accident Payments (SPPAT); and its Economic Recognition,” and its impact on the financial sustainability of private providers. **Problem:** Significant delays in audits and payments are evident, with a state debt of approximately USD 500 million to private providers, directly affecting liquidity and continuity of care. Although there are legal provisions and sanctions applicable to the noncompliance of deadlines and obligations by funders, the regulation does not establish an operational procedure that allows providers to activate these sanctions or appeal final objections effectively. The lack of regulatory clarity allows funders to manage audit timelines and issue objections at their discretion, generating conflicts and financial risks for providers. **Objective:** To analyze the regulatory limitations and discretionary practices in the Quality Audit of Health Service Billing in Ecuador and their impact on the financial sustainability of private providers, contrasting the Ecuadorian legal framework with international experiences, such as those in Colombia. **Methodology and Results:** A comparative analysis was conducted between Ministerial Agreement AM 00140 2023 and the Colombian regulatory framework (Law 1438 of 2011, Decree 441 of 2022, and Resolution 2284 of 2023), showing that Ecuador lacks clear internal procedures to appeal objections or activate sanctions against funder

noncompliance. In contrast, Colombia establishes short deadlines and clear mechanisms for dispute resolution within the audit process, ensuring greater symmetry and transparency. **Conclusions:** In Ecuador, it is essential to reform AM 00140 2023 to include an explicit and balanced internal procedure that ensures equity in compliance with obligations, financial sustainability of providers, and effective guarantee of the right to health.

Keywords:

Medical audit, Health systems, Financial sustainability, Health regulation, Ecuador

CAPITULO I- DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

1.1.- Introducción

El sistema de salud ecuatoriano forma parte de los modelos mixtos y segmentados característicos de América Latina, con múltiples esquemas de financiamiento, aseguramiento y provisión, lo que genera fragmentación, duplicación de procesos y dificultades para garantizar integralidad y continuidad en la atención (Ocampo-Rodríguez, Betancourt-Urrutia, Montoya-Rojas & Bautista-Botton, 2013). Se estructura en tres subsistemas: el Ministerio de Salud Pública MSP, que atiende con financiamiento fiscal a población sin cobertura contributiva; el Sistema de Seguridad Social IESS, ISSFA e ISSPOL, bajo aportes de trabajadores y empleadores, con cobertura también para dependientes; y el sector privado, que agrupa aseguradores y prestadores, mayormente en áreas urbanas y contratado cuando los otros subsistemas no responden oportunamente (Molina-Guzmán, 2019).

La coordinación entre subsistemas se realiza mediante referencia y contrarreferencia para optimizar la capacidad instalada, mejorar el acceso y reducir tiempos de espera. Aunque este mecanismo ha favorecido el aprovechamiento de la infraestructura, la segmentación y fragmentación persisten, afectando la operatividad (Molina-Guzmán, 2019). A ello se suman problemas derivados de los procesos administrativos y financieros, especialmente de la Auditoría de la Calidad de Facturación de los Servicios de Salud, regulada por el AM 00140 2023 del MSP, cuyo fin es verificar la pertinencia documental, técnica y tarifaria de las prestaciones para habilitar

su pago (Ministerio de Salud Pública, 2023). No obstante, dicho marco presenta limitantes importantes, en particular la ausencia de un proceso de apelación frente a objeciones definitivas, lo que genera discrecionalidad en los financiadores y deja en estado de indefensión a los prestadores privados.

Entre las principales dificultades destacan la falta de criterios uniformes, la escasa valoración de justificaciones clínicas y limitaciones técnicas de los auditores frente a procedimientos especializados. Estas falencias han generado tensiones entre prestadores y financiadores, comprometiendo el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud (Carabajo Dután & Pérez Ycaza, 2024). Como consecuencia, los retrasos y discrecionalidad en auditorías y pagos han derivado en deudas acumuladas que superan los USD 500 millones entre MSP, IESS y prestadores privados, con grave impacto en la sostenibilidad institucional y en la continuidad de tratamientos. En el caso de SOLCA, la deuda sobrepasa los USD 160 millones, obligando a restringir cobertura y limitar la adquisición de medicamentos esenciales (Machado, 2025; Falconí, 2024).

Aunque el AM 00140 2023 fija plazos para auditorías y pagos, así como directrices para cada fase del proceso de ACFSS su incumplimiento afecta la estabilidad de los prestadores y vulnera el derecho constitucional al acceso oportuno a la salud. En contraste, Colombia, mediante la Ley 1438 de 2011, el Decreto 441 de 2022 y la *Resolución 2284 de 2023 del Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas*, ha establecido plazos cortos, instancias de apelación y supervisión por la Superintendencia Nacional de

Salud, garantizando transparencia y liquidez (Congreso de Colombia, 2011).

El objetivo general del presente trabajo es analizar las consecuencias jurídicas, económicas y operativas de la falta de un mecanismo operativo de apelación a objeciones definitivas en el AM 00140 2023 dentro de la ACFSS entre la Red Pública Integral de Salud y la Red Privada Complementaria, y proponer estrategias que reduzcan la discrecionalidad de los financiadores, fortalezcan la equidad en los procesos y protejan la sostenibilidad de los prestadores.

1.2.- Planteamiento del Problema

En el Ecuador, la Auditoría de la Calidad de Facturación de los Servicios de Salud (ACFSS), regulada por el Acuerdo Ministerial AM 00140-2023, constituye un mecanismo central para verificar la pertinencia documental, técnica y tarifaria de las prestaciones y habilitar su pago. Sin embargo, en la práctica, los prestadores privados enfrentan limitaciones normativas significativas, principalmente la ausencia de un procedimiento operativo de apelación frente a objeciones definitivas (Ministerio de Salud Pública, 2023).

Esta falta de un mecanismo claro otorga discrecionalidad a los financiadores para aceptar o rechazar justificaciones clínicas y técnicas sin motivación, generando un estado de indefensión jurídica para los prestadores. Las consecuencias de esta situación se reflejan en retrasos prolongados de auditorías y pagos, acumulación de deudas millonarias, restricciones en la prestación de servicios esenciales y riesgos financieros

que comprometen la sostenibilidad de las instituciones privadas y la continuidad de la atención (Carabajo Dutan & Pérez Ycaza, 2024; Machado, 2025; Falconí, 2024).

A pesar de que la normativa fija plazos para la realización de auditorías y justificación de objeciones, la inexistencia de instancias de revisión imparcial deja a los prestadores en una posición de vulnerabilidad. La discrecionalidad de los financiadores y la falta de transparencia en los procesos afectan no solo la estabilidad financiera de los prestadores, sino también el cumplimiento efectivo del derecho constitucional a la salud de los usuarios.

Por estas razones, el presente trabajo busca analizar las limitaciones normativas y la discrecionalidad en la ACFSS, evidenciar sus consecuencias económicas y operativas, y proponer estrategias que garanticen la equidad, transparencia y sostenibilidad dentro del sistema de salud ecuatoriano.

CAPÍTULO II- METODOLOGÍA

2.1.-Tipo de Investigación

El presente estudio se desarrolló con un enfoque cualitativo, de carácter exploratorio y descriptivo, orientado a analizar e interpretar las limitaciones normativas y la discrecionalidad presentes en los procesos de auditoría de facturación de los servicios de salud en Ecuador, así como sus efectos sobre la sostenibilidad financiera de los prestadores privados. Esta metodología resulta adecuada porque permite comprender no solo los aspectos jurídicos, sino también las repercusiones prácticas derivadas de

la aplicación del Reglamento 00140-2023 en el relacionamiento entre la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y la Red Privada Complementaria (RPC)

El método principal fue el analítico, que permitió descomponer el proceso de auditoría en sus componentes esenciales: procedimientos administrativos, normativa aplicable, criterios de objeción y ausencia de mecanismos de apelación definitiva. A través de este examen detallado se identificaron vacíos normativos y prácticas discrecionales, evaluando cómo estas inciden en la capacidad de los prestadores privados para sostener financieramente la atención de los pacientes. Como técnica central se empleó la revisión bibliográfica y documental, mediante la cual se analizaron leyes, reglamentos, jurisprudencia administrativa y literatura científica nacional e internacional.

Los instrumentos utilizados incluyeron una matriz de análisis de contenido, que permitió clasificar la información bajo categorías temáticas tales como derecho de apelación, motivación de las objeciones, discrecionalidad en los criterios de auditoría e impacto económico en los prestadores privados. Adicionalmente, se elaboraron fichas de sistematización bibliográfica, a fin de organizar los aportes de cada fuente y su relevancia para el análisis. La búsqueda documental se realizó en repositorios oficiales, bases de datos académicas como Scopus, Web of Science y Scielo, y bibliotecas digitales institucionales, priorizando documentos publicados hasta abril de 2025.

El procedimiento comprendió varias fases: identificación y selección de documentos, sistematización y codificación de la información, análisis comparado con experiencias internacionales e interpretación de los hallazgos. Esto permitió fundamentar la propuesta de incorporar un recurso de apelación imparcial como mecanismo para mitigar la discrecionalidad y garantizar la sostenibilidad financiera de los prestadores privados.

La investigación se basó exclusivamente en fuentes secundarias de carácter público, por lo que no involucró sujetos humanos ni datos personales. Por tanto, no se requirió un diseño muestral cuantitativo ni aprobación ética institucional

CAPITULO III – PROCESO DE LA AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

El AM 00140 2023, emitido por el MSP del Ecuador, en su artículo 67 establece el proceso de Auditoría de la Calidad de Facturación de los Servicios de Salud para habilitar el pago total o parcial por concepto de las prestaciones de salud entregadas a los usuarios y pacientes por prestadores de salud, según los términos señalados en el artículo 55 del presente acuerdo, tanto los financiadores y aseguradores así como los prestadores de salud públicos y privados deben regirse obligatoriamente a las normas aquí establecidas (Ministerio de Salud Pública, 2023).

3.1. Cumplimiento de plazos en el proceso de auditoría

El Acuerdo Ministerial 00140 2023 establece que el proceso de ACFSS comprende fases de control documental, técnico médico y de tarifas, con plazos definidos en días laborables. El prestador debe presentar la

facturación hasta el último día del mes siguiente a la prestación; el financiador dispone de 10 días para revisión documental y 45 días adicionales para la auditoría inicial, tras la cual se emite un informe de liquidación en donde consta los valores aprobados y los no aprobados debido a objeciones, mismas que se entienden como argumentos técnicos que justifican el no pago temporal, parcial o total. El prestador cuenta con 45 días para justificarlas; de no hacerlo, se consideran aceptadas sin posibilidad de reclamo. Posteriormente, el financiador dispone de otros 45 días para auditar el levantamiento de objeciones y entregar un nuevo informe de liquidación con valores aprobados y objetados definitivos, concluido este proceso, debe emitir la orden de pago en un máximo de 30 días. El Art. 117 señala que, una vez finalizado el proceso de ACFSS, es decir la auditoría inicial y levantamiento de objeciones, el caso queda cerrado sin instancia administrativa adicional. No obstante, el Art. 87 indica que, respecto al cumplimiento de plazos y silencio administrativo, se estará a lo dispuesto en el Código Orgánico Administrativo (Ministerio de Salud Pública, 2023).

Tabla comparativa: Plazos establecidos vs. realidad operativa en el proceso ACFSS

Etapa del proceso	Plazo según Reglamento 00140-2023	Lo que ocurre en la práctica	Impacto para el prestador
1. Termino para la Recepción: obedece al envío	Art. 85 establece hasta el último día del mes siguiente a	Los prestadores cumplen con este plazo porque	Si no se remite en el tiempo establecido, no se

de la facturación y respaldos	la prestación del servicio.	obligatorio verificable.	y recibe el planillaje fuera del plazo.
2. Término para revisión documental y para la ACFSS: Notificación de objeciones por parte del financiador	Art. 86 y 87 establece que el financiador tiene 55 días hábiles desde la recepción de la facturación para emitir objeciones.	Este plazo no se respeta: los financiadores suelen enviar objeciones meses después.	Retrasa la defensa, acumula procesos abiertos y paraliza la facturación futura.
3. Presentación y recepción de los levantamiento de objeciones	Art. 89 indica que los prestadores tienen 45 días hábiles para presentar justificaciones y respaldos.	Los prestadores sí cumplen este plazo, pues la norma establece que, si no se presenta defensa, "se entenderá que las objeciones fueron aceptadas".	Incrementa la carga administrativa, obliga a responder en tiempos estrictos mientras los financiadores incumplen sus propios plazos.
4. Revisión de la defensa y levantamiento de objeciones	Art. 90 El financiador dispone de 45 días hábiles para emitir respuesta sobre la defensa presentada.	Este plazo tampoco se cumple: los financiadores suelen tardar meses en contestar. No existe disposición que considere aceptada la defensa si responden a tiempo.	Coloca al prestador en estado de indefensión jurídica y genera incertidumbre sobre los valores aprobados o rechazados.
5. Solicitud de	Art. 91	El	En la práctica, los Genera retrasos

factura y orden de pago	financiado debe generar la orden de pago en un plazo máximo de 30 días hábiles contados desde la emisión de la factura.	prestadores pueden emitir la factura hasta que el financiador la solicite. Los financiadores retrasan deliberadamente la solicitud, evitando así que corran los 30 días.	no estratégicos en el pago, compromete la liquidez institucional y deja a los prestadores sin herramientas para exigir cumplimiento.
6. Ausencia de apelación objeciones definitivas	Art. 117 luego del tiempo establecido en el Art. 89, sin recibir los soportes que justifiquen las objeciones se considerará el caso como cerrado y no habrá reclamo posterior, así mismo luego de levantar objeciones el caso se da por cerrado y no existe un proceso administrativo adicional.	Si deciden ratificarse en la objeción inicial así sea sin fundamento, no podrá seguirse un proceso adicional de reclamo.	Se limita el derecho a la defensa del prestador,

Fuente: Elaboración propia con base en *Ministerio de Salud Pública del Ecuador, AM 00140 2023.*

3.2. Documentación habilitante y directrices para la ACFSS en la normativa vigente

El Art. 68 del AM 00140 2023 dispone que los funcionarios que participan en la Auditoría de Cuentas de Facturación de Servicios de Salud deben actuar con independencia, legalidad, integridad, objetividad y confidencialidad, suscribiendo acuerdos de confidencialidad y ausencia de conflicto de intereses; su incumplimiento será sancionado conforme a la Ley Orgánica del Servicio Público. El Art. 69 prohíbe criterios personales o discrecionales en la auditoría y exige que las objeciones se ajusten únicamente a parámetros técnicos, normativos y documentales. En concordancia, los artículos 101 y 102 establecen que el control técnico debe basarse en guías clínicas y medicina basada en evidencia, prohibiendo criterios subjetivos. Los artículos 110 y 111 precisan los documentos habilitantes de pago, distinguiendo entre requisitos comunes y específicos según el tipo de servicio. El Art. 69 literales b y e, y el Art. 121 reiteran que no puede exigirse información distinta a la prevista en el reglamento ni solicitar la historia clínica sin autorización expresa del paciente (Ministerio de Salud Pública, 2023).

3.3. Impacto financiero por retrasos y objeciones

Los resultados muestran que los retrasos en auditorías y los incumplimientos de pago han generado una acumulación histórica de deudas entre los financiadores públicos y los prestadores privados de salud en Ecuador. La crisis financiera del sistema se evidencia en los prestadores privados, quienes cubren servicios que la RPIS no puede abastecer. Según

la Asociación Nacional de Clínicas y Hospitales Privados del Ecuador ACHPE, el Estado mantiene una deuda cercana a USD 500 millones, lo que genera una grave iliquidez y pone en riesgo la atención a pacientes derivados del IESS y del MSP.

Ana Delgado Cedeño, directora nacional de ACHPE, señaló que los prestadores privados son esenciales en áreas de alta complejidad y emergencias, ya que los hospitales públicos no logran cubrir toda la demanda. En 2022, el 36% de los egresos hospitalarios fueron atendidos por el sector privado, evidenciando su rol como soporte del sistema. La situación es crítica para los Centros Especializados de Diálisis, CED, que atienden al 88% de pacientes con insuficiencia renal crónica; la falta de pagos afecta a 17.000 de 19.327 pacientes, comprometiendo la continuidad de los tratamientos (Delgado, 2024).

Según la Asociación Nacional de Prestadores Externos de Servicios de Salud ANPES, la deuda del IESS con prestadores privados desde 2021 alcanzaría USD 700 millones por atrasos en auditorías y el incumplimiento de plazos. César Serrano, director ejecutivo de ANPES, indicó que la RPC atiende cerca del 70% de las consultas derivadas por el IESS y que desde junio de 2023 solo se han ingresado las prestaciones de los primeros cinco meses del año sin ser auditadas. La digitalización del proceso mediante Espe Innovativa, que debía garantizar pagos en 60 a 90 días, ha prolongado los retrasos hasta 14 meses, dejando a prestadores sin pagos desde 2021. Las auditorías a prestadores externos comenzarían en diciembre de 2024 y los pagos en enero de 2025; hasta el 2024 se

desembolsaron USD 620 millones, pero persisten deudas pendientes (Machado, 2024).

Los retrasos y las deudas del MSP y del IESS afectan gravemente la sostenibilidad financiera y continuidad de tratamientos oncológicos en la Sociedad de Lucha contra el Cáncer SOLCA, que administra 10 hospitales especializados y atiende a más de 20.000 pacientes mensuales (Machado, 2025). La deuda acumulada del Estado con SOLCA asciende a USD 160 millones en seis núcleos, principalmente por pagos atrasados de pacientes derivados del MSP y del IESS. En 2025, el Gobierno ha cancelado USD 26,2 millones sin detallar su distribución entre los núcleos. En SOLCA Quito, la deuda de USD 49 millones ha recibido USD 4,03 millones en 2025, apenas cubriendo servicios de 2023 y 2024; tratamientos de 2025 aún no han sido cancelados. El retraso en validación de facturas puede extenderse hasta cinco años, impidiendo inversiones en infraestructura y equipos (FM Mundo, 2025). SOLCA Guayaquil ha recibido USD 23 millones de más de USD 40 millones, SOLCA Cuenca solo ha recibido el 9% de USD 3 millones, y SOLCA Manabí ha recibido USD 4,3 millones de USD 45 millones, de los cuales 80% fueron bonos canjeables a tres y cinco años y 20% efectivo, limitando la adquisición de medicamentos de alto costo (Ecuavisa, 2025). SOLCA Loja ha recibido USD 1,5 millones de una deuda de USD 8 millones, lo que obligó a priorizar pacientes que pueden ser atendidos con recursos disponibles (Machado, 2025).

El Ministerio de Economía y Finanzas MEF reportó pagos parciales por USD 50 millones en 2024; aún permanecen pendientes más de USD 80

millones por auditoría de prestaciones, incorporación al presupuesto y transferencia de fondos. Los pagos realizados corresponden a montos disponibles en el presupuesto, mientras el volumen de gastos devengados sigue pendiente (Falconí, 2024).

Con el fin de garantizar atención oportuna, el 7 de marzo de 2025 el MSP y SOLCA firmaron un convenio en Guayaquil, estableciendo mecanismos claros para reconocimiento y pago de servicios, solicitando al MEF la asignación de recursos y comprometiendo a SOLCA Matriz Guayaquil a mantener la atención de pacientes derivados y casos complejos de alto costo. El presidente nacional de SOLCA, José Jouvín, destacó que en 2023 se registraron 5.942 derivaciones y en 2024 7.240, sin retrasos en la atención (MSP, 2025).

Este retraso prolongado, junto con la tarifa vigente desde 2014 que SOLCA cobra por los tratamientos de pacientes derivados, no cubre los costos reales, obligando a los hospitales de Quito y Guayaquil a aumentar la atención a pacientes privados para compensar el déficit. Actualmente, SOLCA Guayaquil atiende 55% pacientes derivados y 45% privados, mientras SOLCA Quito 85% público y 15% privado, incluyendo apertura de habitaciones de lujo y nuevos servicios médicos para generar ingresos adicionales (Machado, 2025).

3.4. Comparativa internacional: Ecuador vs. Colombia

Los datos internacionales indican que, las tasas de rechazo inicial de facturas médicas representan una amenaza real para la estabilidad financiera de los prestadores de salud. Por ejemplo, datos publicados en

2025 se reportó que aproximadamente entre el 15 % y el 20 % de los reclamos presentados son rechazados en primera instancia, lo que puede generar pérdidas multimillonarias en instituciones con altos volúmenes de facturación. Los hospitales de tamaño medio pueden perder hasta USD 10 millones al año por reclamos no recuperados o retrasados, afectando directamente su liquidez y capacidad operativa.

El 86 % de esas denegaciones son evitables y responden a errores administrativos o documentales, no clínicos, como falta de autorización previa, datos del paciente incorrectos, errores de codificación CPT, ICD-10 o presentación tardía de facturas (Zmed Solutions, 2025). Las denegaciones recurrentes están asociadas con una carga administrativa significativa; en 2022, los sistemas de salud estadounidenses invirtieron aproximadamente USD 20 mil millones en costos relacionados con apelaciones y gestión de rechazos iniciales (AHA, 2024). Estos hallazgos refuerzan la necesidad de contar con mecanismos claros y profesionales de apelación, evitando múltiples procesos objetados, así como otros con rechazos injustificados (Zmed Solutions, 2025).

Un estudio de 2025 indica que, aunque muchas denegaciones son revertidas tras apelación más del 54 % termina siendo pagada después de apelar, el proceso es largo y costoso. Cada apelación tiene un costo promedio de alrededor de USD 44, y el retraso en los pagos puede extenderse hasta seis meses, generando desequilibrios de flujo de caja y vulnerabilidades financieras graves, especialmente en prestadores de mediana escala (Whitespace Health, 2025; AHA, 2024).

La responsabilidad administrativa derivada de los errores cometidos por el personal encargado de la auditoría de cuentas médicas en Ecuador ha generado repercusiones significativas para el Sistema Nacional de Salud. Carabajo Dután y Pérez Ycaza señalan que, la falta de criterios unificados en la revisión de cuentas, la omisión en la evaluación de las justificaciones y la ausencia de experticia en procedimientos técnico médicos complejos han ocasionado conflictos continuos con los prestadores de salud. Esta deficiencia en los procesos de auditoría provoca una recuperación económica ineficiente para los prestadores públicos y privados, quienes dependen de la devolución económica para sostener su capacidad operativa, pese a que dicha devolución está respaldada por leyes y normativas vigentes.

Existe la necesidad de contar con mecanismos estandarizados de retroalimentación dentro del marco normativo del AM 00140 2023, de modo que se reduzca la discrecionalidad y se aumente la equidad y la transparencia en los procesos de objeción y reconocimiento económico en Ecuador.

La revisión normativa muestra diferencias significativas entre los procesos de auditoría médica en Ecuador y Colombia, principalmente en los plazos establecidos, mecanismos de apelación y tiempos de pago.

En Colombia, la Ley 100 de 1993 creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, que combina aseguramiento público y privado mediante Entidades Promotoras de Salud EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS. Aunque la normativa establece mecanismos

claros de auditoría, facturación y apelación, persisten altos niveles de discrecionalidad por parte de las EPS al objetar prestaciones médicas. Cuando las objeciones no son resueltas internamente, las IPS o los usuarios pueden acudir a la Superintendencia Nacional de Salud o incluso interponer acciones de tutela (Congreso de Colombia, 2011).

Colombia cuenta con un marco normativo detallado y vigente para el trámite de glosas y auditoría de cuentas, la Ley 1438 de 2011 establece las bases legales para el trámite de glosas en el sistema de salud colombiano. Dichas disposiciones fueron posteriormente desarrolladas y actualizadas mediante el Decreto 441 de 2022, que regula los acuerdos de voluntades, la contratación y los mecanismos de auditoría entre prestadores y financiadores. La Resolución 2284 de 2023 complementa este marco al adoptar el *Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas*, precisando los procedimientos y soportes aplicables a la facturación de servicios de salud. En el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, la entidad responsable del pago dispone de 20 días hábiles para glosar, el prestador 15 días para responder y la pagadora 10 días para decidir si levanta total o parcialmente o deja definitiva la glosa; además, los valores levantados deben pagarse en 5 días, y, de mantenerse el desacuerdo, el prestador puede acudir a la Superintendencia Nacional de Salud por conciliación o vía jurisdiccional. Adicionalmente, la auditoría y las glosas deben sujetarse al Manual Único y al Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud RIPS como soporte obligatorio de la factura, sin exigencia de documentos adicionales, lo que reduce la discrecionalidad y protege la liquidez del

prestador (Congreso de Colombia, 2011; Ministerio de Salud y Protección Social, 2022, 2023).

Los hallazgos se resumen en la Tabla 1.

Tabla 1. Comparativa entre procesos de auditoría médica en Ecuador y Colombia

Aspecto	Ecuador (AM-0140-2023)	Colombia (Ley 1438 de 2011 y Manual Único de Glosas)
Plazo para objeciones	45 días calendario, pero en la práctica se registran retrasos de hasta 120 días.	20 días hábiles, de cumplimiento obligatorio.
Plazo para respuesta del prestador	45 días calendario, con sanciones si no se responde.	15 días hábiles, prorrogables 7 días adicionales.
Levantamiento de glosas	No existen mecanismos claros para impugnar objeciones definitivas.	Existe apelación directa ante la Superintendencia Nacional de Salud.
Tiempo promedio de pago	Entre 6 meses y 1 año, dependiendo del financiador.	Máximo 30 días después del cierre de auditoría.
Normativa aplicada	AM 00140 2023.	Ley 1438 de 2011 y Resolución 2284 de 2023.

Fuente: Elaboración propia con base en Ministerio de Salud Pública del Ecuador, AM 00140 2023; Congreso de Colombia 2011, Ley 1438 de 2011; Resolución 2284 de 2023.

CAPÍTULO IV- DISCUSIÓN

Dentro La auditoría médica constituye un proceso técnico y normativo cuyo

objetivo es evaluar la pertinencia clínica, la racionalidad de costos y la adecuación de la documentación presentada por los prestadores de servicios de salud, asegurando que los valores facturados correspondan a los procedimientos efectivamente realizados. Sin embargo, en Ecuador estudios evidencian debilidades estructurales en la aplicación de la auditoría médica, la mayoría de los auditores carece de formación especializada, los manuales de procedimientos presentan vacíos y la alta rotación del personal provoca discrepancias en los criterios aplicados (Carabajo Dután & Pérez Ycaza, 2022). Esta falta de homogeneidad genera un escenario propicio para la discrecionalidad en las objeciones y el retraso en los pagos, afectando la sostenibilidad financiera de los prestadores privados.

De acuerdo con lo establecido en el AM 00140 2023, las instituciones prestadoras de servicios de salud deben remitir el planillaje y los respaldos documentales hasta el último día del mes siguiente a la prestación del servicio. A partir de esta entrega, el financiador dispone de 45 días hábiles para revisar la documentación y notificar las objeciones correspondientes. Sin embargo, en la práctica, este plazo no se cumple, las objeciones suelen notificarse meses después, generando retrasos considerables en todo el proceso de auditoría. El AM 00140 2023 establece que, en cuanto al cumplimiento de los plazos para el proceso de auditoría, a la actividad y silencio administrativo, se regirán a lo dispuesto en el Código Orgánico administrativo COA (Ministerio de Salud Pública, 2023).

Consecuentemente, el COA sí resulta aplicable en lo referente a la garantía

del debido proceso, la exigencia de plazos razonables y la motivación adecuada de los actos administrativos emitidos por los financiadores. En este sentido, es jurídicamente viable invocar el COA como herramienta de control para reclamar actos tardíos, carentes de motivación o contrarios a la seguridad jurídica, aplicando el silencio administrativo según los artículos 105 numeral 6 y 207, 209 y 210 del COA (Registro Oficial Suplemento 31, 7 de julio de 2017).

Aunque el AM 00140 2023 menciona ciertas alternativas de defensa para el prestador, estas no son claras ni plenamente ejecutables, ya que no definen de manera precisa el procedimiento a seguir, ante qué instancia, bajo qué mecanismo y en qué forma puede denunciar o exigir el cumplimiento de plazos; no contiene una disposición clara que garantice la protección del prestador cuando el financiador incumple los plazos o actúa con discrecionalidad,

En contraste, para los prestadores, el mismo AM 00140 2023 resulta mucho más estricto y limitante. Una vez notificadas las objeciones por parte del financiador, los prestadores cuentan con un plazo perentorio de 45 días hábiles para presentar la defensa y los justificativos correspondientes. Este término debe cumplirse obligatoriamente, ya que la propia normativa señala expresamente que, en caso de no presentarse la respuesta dentro del tiempo establecido, “se entenderá que las objeciones fueron aceptadas” e incluso especifica que una vez concluido el proceso “el caso se da por cerrado y no existirá un proceso administrativo adicional”. Si bien dentro del procedimiento del AM 00140 2023 no procede recurso administrativo

adicional, el prestador sí puede cuestionar el acto definitivo mediante recursos ordinarios del COA o a través de la vía contencioso administrativa, en resguardo de la seguridad jurídica. No obstante, esta salida resulta engorrosa, poco clara y genera indefensión práctica, ya que obliga a iniciar un trámite distinto y externo al procedimiento de auditoría. Esta disposición configura un efecto automático en contra del prestador, donde el silencio equivale a la aceptación de las objeciones, lo que evidencia una marcada asimetría procesal respecto de los financiadores. Mientras que para los prestadores el incumplimiento genera consecuencias jurídicas inmediatas y desfavorables, para los financiadores no existe un mecanismo claramente establecido equivalente de sanción, colocando a los primeros en una clara desventaja en la relación contractual (Ministerio de Salud Pública, 2023).

Por ello, se recomienda que la norma establezca expresamente un mecanismo interno y simétrico de apelación frente a objeciones definitivas, similar al modelo colombiano previsto en el Manual Único de Glosas, que regula con precisión ante quién y cómo puede impugnarse un débito o glosa dentro del mismo proceso auditor (Protección Social de Colombia, 2023). Esta medida fortalecería la transparencia, garantizaría el derecho de defensa y permitiría un procedimiento más ágil y equilibrado entre prestadores y financiadores.

Respecto a la etapa de pago, el AM 00140 2023 establece que, una vez emitido el informe de liquidación final, el financiador debe generar la orden de pago en un plazo máximo de 30 días hábiles contados a partir de la emisión de la factura (Ministerio de Salud Pública, 2023). No obstante, en

la práctica este procedimiento presenta un obstáculo estructural; los prestadores no pueden emitir la factura hasta que el propio financiador solicite formalmente su generación. Esto otorga a los financiadores una ventaja estratégica. Mediante la simple dilación en la solicitud de la factura, logran suspender el inicio del cómputo de los 30 días y evadir la obligación de pago dentro de los plazos legales. Este retraso intencional se traduce en graves afectaciones a la liquidez de los prestadores, quienes no disponen de instrumentos normativos eficaces para contrarrestar esta práctica.

El artículo 58 del AM 00140-2023 establece de forma expresa que “la existencia de valores objetados no exime del pago de los valores aprobados” (Ministerio de Salud Pública, 2023). Sin embargo, en la práctica esta disposición tampoco se cumple, ya que existen deudas acumuladas y exorbitantes por parte de los financiadores, quienes no han cancelado monto aprobados en la Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud inicial. En ocasiones incluso los pagos corresponden al levantamiento de objeciones, y en la mayoría de los casos el valor aprobado en dicho levantamiento suele ser menor al monto aprobado en la auditoría inicial. Este incumplimiento normativo no solo compromete la sostenibilidad financiera de los prestadores privados, sino que también desgasta la confianza en el propio sistema de auditoría, al evidenciar que las reglas previstas para garantizar la transparencia y la oportunidad en los pagos son sistemáticamente ignoradas generando inconsistencia en el flujo financiero y comprometiendo la liquidez institucional.

Este escenario demuestra que, aunque la normativa es clara, las asimetrías en los mecanismos de control y sanción permiten que los financiadores actúen con discrecionalidad. Así, la falta de un proceso de seguimiento eficaz a los plazos y la inexistencia de un procedimiento automático para garantizar el pago oportuno de los valores aprobados generan una desprotección para los prestadores privados, quienes quedan sujetos a las decisiones unilaterales del financiador.

Esta situación genera:

1. Desbalance jurídico: los prestadores deben cumplir plazos estrictos, pero los financiadores actúan con amplia discrecionalidad.
2. Riesgo financiero: los retrasos en la emisión de objeciones, informes y órdenes de pago afectan directamente la liquidez.
3. Insuficiencia normativa: aunque el AM 00140 2023 establece con claridad las consecuencias para el incumplimiento de plazos por parte de los prestadores, no define con la misma precisión un procedimiento para reclamar o corregir los incumplimientos de los financiadores, lo que deja a los prestadores en un escenario de incertidumbre.

A pesar de que el artículo 68 del AM 00140 2023 establece principios claros de independencia, objetividad y transparencia para los funcionarios que participan en el proceso de auditoría, los hallazgos muestran que estos lineamientos no siempre se cumplen. La falta de supervisión efectiva y de mecanismos de control internos ha generado espacios de discrecionalidad en la aplicación de criterios técnicos, afectando la evaluación de prestaciones de salud y en la sostenibilidad financiera de los prestadores

privados.

El artículo 69 prohíbe de manera explícita la aplicación de criterios personales o subjetivos al realizar la auditoría, los resultados evidencian que, en numerosos casos, las objeciones formuladas por los financiadores públicos carecen de sustento normativo o técnico. Esta brecha entre la normativa y la realidad operativa refleja la necesidad de implementar mecanismos claros de supervisión, apelación y control que garanticen la correcta interpretación del AM 00140 2023 y reduzcan la discrecionalidad. El acuerdo ministerial establece que el incumplimiento de estas obligaciones puede ser sancionado y remite a la Ley Orgánica del Servicio Público LOSEP y “otras normas aplicables” (Ministerio de Salud Pública, 2023), por tanto, se contemplan responsabilidades para los servidores públicos, como las sanciones administrativas y destitución previstas en la LOSEP y el Acuerdo No. MDT-2024-175 sobre el procedimiento de sumario administrativo (Ministerio del Trabajo, 2024); las multas y destitución que puede imponer la Contraloría a través de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado e incluso la terminación unilateral de contratos en el caso de auditores externos bajo la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública, estos mecanismos han estado orientados principalmente a la protección del erario fiscal. En consecuencia, su aplicación no asegura de manera directa la defensa de los derechos de los prestadores privados frente a prácticas discrecionales en el proceso de auditoría. Según señalan Carabajo Dután y Pérez Ycaza (2022), no se conocen precedentes en los que un prestador privado haya logrado activar

con éxito estos mecanismos como vía para garantizar el pago oportuno de los servicios prestados, reforzando la percepción de vacío práctico en cuanto a la tutela efectiva de la liquidez institucional.

El Acuerdo Ministerial 00140 2023 establece que las objeciones dentro de la Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud deben ceñirse estrictamente a parámetros técnicos, normativos y documentales, prohibiendo la aplicación de criterios personales o discrecionales. Estos artículos ordenan que el control técnico médico se fundamente en protocolos nacionales, guías internacionales y medicina basada en evidencia (Ministerio de Salud Pública, 2023, arts. 69, 101-102). Sin embargo, en la práctica ecuatoriana, como lo advierten Carabajo Dután y Pérez Ycaza, las objeciones a prestaciones de alta complejidad carecen de sustento técnico sólido. Estas observaciones coinciden con los reclamos de asociaciones gremiales como la ACHPE, en procedimientos de alta complejidad como cirugías oncológicas y terapias especializadas, los prestadores han recibido objeciones que carecen de sustento técnico suficiente, generando retrasos en los pagos y afectando la recuperación de valores ya devengados (Delgado, 2024). Desde la perspectiva de un médico auditor, las objeciones no se apoyan en guías clínicas ni en evidencia científica, sino en interpretaciones subjetivas o en el desconocimiento parcial de la normativa vigente, confirmando la brecha existente entre el marco normativo y su aplicación operativa.

La ausencia de una estrategia estatal efectiva para resolver la deuda, junto con los procesos lentos de auditoría, incrementa la presión sobre los

prestadores, quienes enfrentan costos operativos crecientes, desabastecimiento de insumos médicos y dificultades para pagar sueldos. Este escenario pone en riesgo la sostenibilidad financiera del sistema de salud y limita la capacidad de respuesta ante pacientes de alta complejidad, que dependen de la red privada para recibir atención como la atención oncológica. Se hace evidente la necesidad de reformas normativas y administrativas que fortalezcan los mecanismos de control, auditoría y financiamiento para evitar la paralización progresiva de servicios esenciales.

Esta deuda es estructural y responde a un “defecto de origen” en el modelo de facturación de los servicios prestados. Cevallos explicó que, para pacientes derivados del MSP o del IESS, SOLCA no emite facturas, sino planillas, que deben pasar por un proceso de auditoría previo al pago. Este procedimiento se ejecuta con retrasos promedio de tres a cinco años, comprometiendo la liquidez operativa de la institución.

Otro problema que aumenta la presión financiera sobre SOLCA es la aplicación de una tarifa vigente desde 2014 para los servicios oncológicos derivados desde el MSP, el IESS, ISSFA e ISSPOL. Según Cevallos, esta tarifa es deficitaria obligando a la institución a cubrir los costos reales con ingresos alternativos, como la asignación del 50% del impuesto a las operaciones de crédito. Además, la falta de actualización tarifaria limita la capacidad de SOLCA para mantener inversión en tecnología médica, infraestructura y personal especializado. No obstante, SOLCA ha continuado recibiendo a pacientes derivados y mantiene operativos sus

servicios oncológicos con recursos propios, sin implementar acciones coercitivas contra el Estado.

El Gobierno anunció que presentará un plan integral de pago para agosto de 2025, que contempla cancelaciones parciales en efectivo, bonos diferidos y compensaciones mediante bienes públicos. Directivos de SOLCA advierten que, mientras no se logre regularizar el circuito de auditorías, presupuestos y pagos, la sostenibilidad de los servicios oncológicos seguirá comprometida, afectando tanto a los prestadores como a los pacientes que dependen de tratamientos especializados de alto costo. A esta situación se suma la percepción de pagos discrecionales por parte del IESS, donde ciertos prestadores reciben desembolsos parciales mientras otros permanecen impagos por periodos prolongados, sin criterios claros de priorización (FM Mundo, 2025).

La falta de transparencia y uniformidad en estos procesos genera incertidumbre financiera y aumenta la dependencia de créditos para sostener la operación de los centros médicos, lo que compromete la continuidad de la atención para pacientes crónicos y de alta complejidad, lo cual resulta atentatorio al principio de igualdad de trato y al criterio de despacho cronológico de expedientes establecidos en el artículo 25 del Código Orgánico Administrativo (Registro Oficial Suplemento 31, 7 de julio de 2017).

Estos hallazgos respaldan los argumentos planteados previamente en este artículo sobre la necesidad de mecanismos claros de control, supervisión y sanción que aseguren la aplicación homogénea de los procesos de

auditoría médica y reduzcan la discrecionalidad en el reconocimiento económico. Además, se evidencia la importancia de revisar el AM 00140 2023, fortaleciendo la responsabilidad de los financiadores y estableciendo procedimientos más eficaces para garantizar la sostenibilidad financiera de los prestadores privados.

Para acelerar partes del proceso de apelaciones, como el análisis de cartas de denegación, la categorización automática de objeciones y la generación de borradores de apelaciones, ciertos sistemas de salud están utilizando herramientas de inteligencia artificial y automatización, organizaciones médicas como la American Medical Association AMA advierten que, si bien la Inteligencia Artificial puede agilizar procesos, la decisión final sobre la pertinencia clínica y la reversión de objeciones debe seguir estando en manos de profesionales de la salud, ya que los algoritmos no siempre capturan la complejidad del contexto clínico ni la evidencia científica necesaria (Hematology Advisor, 2025). Lo que evidencia que, al igual que en otros países, en Ecuador se justifica el fortalecimiento de los procesos normativos y técnicos para el tratamiento justo y transparente de objeciones definitivas, estableciendo plazos claros y garantizando decisiones fundamentadas y coherentes.

Estos desafíos estructurales están íntimamente ligados a la fragmentación funcional de los sistemas de salud en la región. Para Ecuador, especialmente con el AM 00140 2023, resulta fundamental fortalecer los mecanismos de auditoría, apelaciones y objeciones. Se debe avanzar hacia criterios auditables claros, instancias de apelación objetivas y procesos

técnicos consolidados, de modo que se reduzca la discrecionalidad y se mejore la sostenibilidad del sistema de salud.

CAPITULO V. CONCLUSIONES

El Reglamento AM 00140 2023 fija un marco técnico normativo claro para la ACFSS, pero su aplicación revela asimetrías procesales; los prestadores enfrentan plazos perentorios y efectos automáticos por incumplimiento, como aceptación de objeciones, mientras que para los financiadores no existe un correlato sancionatorio expreso dentro del mismo procedimiento. Esta desproporción afecta la seguridad jurídica y desincentiva la inversión operativa de los prestadores.

La cláusula que remite al Código Orgánico Administrativo COA es útil para exigir debido proceso, motivación suficiente y notificaciones en plazo; y a su vez viabiliza el silencio administrativo. En la práctica, el resguardo de derechos del prestador suele requerir vías externas como recursos del COA y contencioso administrativo, lo que incrementa tiempos y costos de transacción.

La ausencia de una instancia interna, imparcial y especializada de apelación frente a objeciones definitivas es el principal vacío operativo del AM 00140 2023. Sin un recurso en el proceso interno, el control de calidad y legalidad de las objeciones queda en manos del mismo financiador, elevando el riesgo de discrecionalidad y reduciendo la predictibilidad financiera del prestador, que limita su capacidad para garantizar la continuidad de los servicios médicos, especialmente en áreas de alta

complejidad como los tratamientos oncológicos

Los resultados demuestran que los plazos establecidos por el AM 00140 2023 para la presentación de documentación, auditorías, revisión de objeciones y generación de pagos no se cumplen en la práctica por parte del financiador, lo que genera retrasos significativos. Esta situación ha ocasionado que las deudas acumuladas entre los financiadores públicos y los prestadores privados superen los USD 500 millones, afectando gravemente la liquidez de hospitales, clínicas y centros especializados. El caso de SOLCA, con obligaciones pendientes que superan los USD 160 millones, refleja el impacto estructural que estos retrasos tienen sobre la continuidad de los tratamientos, la capacidad operativa de las instituciones y el derecho a la salud de los pacientes.

La calidad operativa de la auditoría presenta debilidades estructurales como: la formación heterogénea, rotación de personal, uso irregular de guías y manuales, que propician objeciones con sustento técnico insuficiente y sobrecargan la fase de defensa. Sin estandarización efectiva y supervisión técnica, la auditoría deja de ser un instrumento de mejora clínica y se convierte en un cuello de botella financiero.

La comparación con Colombia revela diferencias sustanciales en el diseño y aplicación de los procesos de auditoría y resolución de conflictos. En el sistema colombiano, la Ley 1438 de 2011 y el Manual Único de Glosas establecen plazos cortos, mecanismos efectivos de conciliación y la posibilidad de recurrir a la Superintendencia Nacional de Salud, lo que fortalece la transparencia y reduce la discrecionalidad. Este marco

normativo eficiente contribuye a mejorar la liquidez de los prestadores y garantiza un flujo financiero más estable, mostrando un modelo aplicable para generar mejoras en Ecuador.

La afectación financiera a prestadores privados por mora y objeciones no resueltas oportunamente termina repercutiendo en el derecho a la salud de los pacientes, al encarecer costos de oportunidad, restringir cupos y diferir tratamientos. Por ello; la mejora del circuito auditor, presupuestario y pago no es solo un asunto contable, sino una condición para la continuidad asistencial.

Finalmente, los hallazgos reflejan que las limitaciones normativas y la ausencia de mecanismos de apelación en vía administrativa en Ecuador no solo afectan la sostenibilidad financiera de los prestadores privados, sino que también generan un impacto directo sobre el acceso oportuno y equitativo a los servicios de salud. Esto demuestra la necesidad de fortalecer el marco normativo vigente, integrar mecanismos efectivos de resolución de conflictos y adoptar prácticas basadas en la evidencia y en experiencias exitosas de otros países de la región.

Para alinear el AM 00140 2023 con los principios de equidad, transparencia y sostenibilidad, se propone incorporar dentro del mismo reglamento y no por vías externas un procedimiento expreso y obligatorio que: i) establezca un recurso interno, técnico e independiente de apelación frente a objeciones definitivas, accesible tanto para prestadores como para financiadores, con plazos perentorios y efectos claros; ii) profesionalice y dimensione la capacidad auditora mediante estándares mínimos de

formación, métricas de productividad, control de mora y auditorías de calidad sobre los propios auditores; y iii) garantice, el pago oportuno de los valores aprobados mediante reglas de exigibilidad operativa p. ej., solicitud de factura automática al cierre de liquidación, con trazabilidad pública de cada hito; recepción, objeción, defensa, resolución y orden de pago, así como un régimen simétrico de consecuencias por incumplimiento aplicable también a los financiadores. Al quedar este circuito de apelación, control y pago incorporado y detallado en el propio AM 00140 2023 con obligaciones, plazos y sanciones equivalentes a las que hoy rigen para los prestadores se reduce la discrecionalidad, se evita depender de procesos externos que rara vez se inician y se protege la continuidad de los servicios a la población.

CAPITULO VI. RECOMENDACIONES

Establecer dentro del AM 00140-2023 un recurso técnico, independiente y obligatorio de apelación frente a objeciones definitivas, accesible tanto para prestadores como para financiadores, con plazos perentorios y efectos claros, para reducir la discrecionalidad y garantizar seguridad jurídica.

Implementar estándares mínimos de formación, métricas de productividad, control de mora y auditorías de calidad sobre los propios auditores, asegurando uniformidad, transparencia y confiabilidad en la evaluación de la facturación.

Garantizar la recepción, revisión, objeción, defensa, resolución y orden de pago de manera documentada y con plazos claros, incorporando reglas de

exigibilidad operativa, como la emisión automática de facturas al cierre de liquidación y la supervisión pública de cada etapa del proceso.

Aplicar consecuencias proporcionales y equivalentes por incumplimiento de plazos y obligaciones tanto a prestadores como a financiadores, incentivando el cumplimiento de normas y reduciendo riesgos financieros y operativos.

Tomar como referencia modelos exitosos, como el colombiano, que incorporan conciliación, supervisión imparcial y plazos cortos, para fortalecer la transparencia, equidad y sostenibilidad financiera en el sistema ecuatoriano.

Considerar la mejora del circuito auditor, presupuestario y de pago como un requisito fundamental para garantizar la prestación continua de servicios de salud, evitando interrupciones en tratamientos esenciales, especialmente en áreas de alta complejidad como la oncología.

BIBLIOGRAFÍA:

1. American Hospital Association. (2024, 2 de abril). Payer denial tactics How to confront a \$20 billion problem. AHA Center for Health Innovation, Market Scan. <https://www.aha.org/aha-center-health-innovation-market-scan/2024-04-02-payer-denial-tactics-how-confront-20-billion-problem>
2. Carabajo Dutan, J. P., & Pérez Ycaza, J. C. (2022). La responsabilidad administrativa de errores del personal de auditoría de cuentas médicas en Ecuador y las repercusiones con el Sistema Nacional de Salud. Resistances. Journal of the Philosophy of History, 5(10), e240178. <https://doi.org/10.46652/resistances.v5i10.178>
3. Congreso de Colombia. (2011). Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 47.957, 19 de enero de 2011. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1438-de-2011.pdf>
4. Delgado, A. (2024, mayo 19). Estado ecuatoriano adeuda casi USD 500 millones a prestadores privados según Achpe. Diario La Hora. https://www.lahora.com.ec/archivo/Estado-ecuatoriano-adeuda-casi-500-millones-a-prestadores-privados-segun-Achpe-20240520-0001.html#google_vignette
5. El Gobierno adeuda cerca de USD 160 millones a Solca. Ecuavisa Noticias. <https://www.ecuavisa.com/noticias/sociedad/gobierno-adeuda-160-millones-solca-BJ9931737>
6. Falconí, D. (2024, diciembre 30). Finanzas explicó cuál es el monto de

- la deuda pendiente del Estado con Solca. El Comercio.
<https://www.elcomercio.com/actualidad/ecuador/finanzas-explico-monto-deuda-pendiente-estado-solca/>
7. FM Mundo. (2025, agosto 5). Gobierno mantiene una deuda aproximada de USD 49 millones con Solca, afirma presidente del Núcleo de Quito.
<https://fmmundo.com/notimundo/actualidad/gobierno-mantiene-una-deuda-aproximada-usd-49-millones-solca-afirma-presidente-nucleo-quito-n79565>
8. Hematology Advisor. (2025, marzo 20). *Physicians worry that AI increases prior authorization denials.*
<https://www.hematologyadvisor.com/news/ai-prior-authorization-denials/>
9. Machado, J. (2024, febrero 29). *Deuda del IESS con prestadores privados llegaría a USD 700 millones, dice su representante.* Primicias.
<https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/iess-prestadores-privados-deuda-pacientes/>
10. Machado, J. (2025, agosto 6). Millonaria deuda con Solca, el otro eslabón de la crisis del sistema de salud de Ecuador. Primicias.
<https://www.primicias.ec/sociedad/solca-cancer-ministerio-salud-pacientes-deuda-hospitales-gobierno-102298/>
11. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2025, marzo 7). *MSP y Solca firmaron acuerdo de pago para garantizar atención oportuna a pacientes con cáncer.* Gobierno del Ecuador.
<https://www.salud.gob.ec/msp-y-solca-firmaron-acuerdo-de-pago-para->

[garantizar-atencion-oportuna-a-pacientes-con-cancer/](#)

12. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2023, mayo 17). AM-00140-2023: Reglamento de relacionamiento para la prestación de servicios de salud entre instituciones de la Red Pública Integral de Salud (RPIS), de la Red Privada Complementaria (RPC) y el Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito (SPPAT); y su reconocimiento económico. <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/AC-00140-2023%20MAY%2012.pdf>
13. Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Decreto 441 de 2022. Por el cual se modifica el Decreto 780 de 2016 y se dictan disposiciones relacionadas con la prestación de servicios y la gestión del aseguramiento en salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-441-de-2022.pdf>
14. Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Resolución 2284 de 2023. Por la cual se adopta el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas del Sistema General de Seguridad Social en Salud.* <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%202284%20de%202023.pdf>
15. Ministerio del Trabajo del Ecuador. (2024). *Acuerdo Ministerial No. MDT-2024-175 sobre el procedimiento de sumario administrativo.* Recuperado de <https://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/2024/09/ACUERDO-MINISTERIAL-NO.-MDT-2024-175-signed.pdf>

16. Molina-Guzmán, A. (2019). Funcionamiento y gobernanza del Sistema Nacional de Salud del Ecuador. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*, (63), 185–205. <https://doi.org/10.17141/iconos.63.2019.3070>
17. Ocampo-Rodríguez, M. V., Betancourt-Urrutia, V. F., Montoya-Rojas, J. P., & Bautista-Botton, D. C. (2013). Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 12(24), 114-129. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272013000100008
18. República del Ecuador. (2017). *Código Orgánico Administrativo* (Registro Oficial Suplemento 31, 7 de julio de 2017). <https://www.legislacion.ec/code/ecuador/codigo-organico-administrativo>
19. Whitespace Health. (2025). Providers spent billions overturning denied medical claims. Recuperado de <https://whitespacehealth.com/blogs/providers-spent-billions-on-denials/>
20. Zmed Solutions. (2025, agosto 18). Denial Management and Appeals Services for Medical Practices in the USA. Zmed Solutions. Recuperado de <https://www.zmedsolutions.net/denial-management-and-appeals-services-for-medical-practices-in-the-usa/>