



SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y RIESGOS LABORALES
“Año del Libro y la Lectura”

Normativa sobre los Contratos de Gestión
Entre Administradoras de Riesgos de Salud, Administradora de Riesgos
Laborales y Prestadoras de Servicios de Salud

3 de abril, 2007
República Dominicana

CAPITULO I

GENERALIDADES Y DEFINICIONES

Artículo 1.- Objeto de la Normativa. La presente normativa tiene por objeto regular el establecimiento y ejecución de los Contratos de Gestión convenidos por las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) y las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS), así como los beneficios, productos, indicadores y la solución de conflictos acontecidos en la ejecución del PBS, así como de aquellos otros planes de salud administrados por las ARS.

Párrafo (Transitorio). Para fines de aplicación de la presente Normativa y en virtud de que el Plan de Servicios de Salud (PDSS) es una primera versión del Plan Básico de Salud (PBS), se extenderá al PDSS todo lo relacionado al PBS a excepción del catálogo y costo aprobado por el CNSS, de conformidad con el Acuerdo para el Inicio del Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo firmado el 19 de diciembre del 2006.

Artículo 2.- Definiciones: Los siguientes enunciados son parte integral de esta normativa y se utilizarán en los procesos relativos a los Contratos de Gestión entre las Administradoras de Riesgos y las Prestadoras de Servicios de la Salud (PSS).

- a. **Acta de Acuerdo:** Documento que constata la decisión a la que arribaron las partes involucradas en un conflicto surgido del contrato de gestión.
- b. **Administradoras de Riesgos de Salud (ARS):** Son entidades públicas, privadas o mixtas, descentralizadas, con patrimonio propio y personería jurídica, autorizadas por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) a asumir y administrar el riesgo de la provisión del PBS a una determinada cantidad de beneficiarios y serán denominadas como "ARS", según el artículo 148 de la Ley 87-01.
- c. **Administradora de Riesgos Laborales (ARL):** Es la entidad adscrita al Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) que tiene a su cargo la administración del Seguro de Riesgos Laborales con la finalidad de prevenir y cubrir los daños ocasionados por accidentes de trabajo y/o enfermedades profesionales.
- d. **Arbitraje Conciliador:** Es el medio alterno jurisdiccional privado y extrajudicial, ejercido por la Superintendencia, al cual las ARS, la ARL y las PSS deben acudir para la solución de controversias legales que no pueden ser resueltas a través de la negociación. Esta forma de solución de controversias debe incluirse en los contratos de gestión a través de una cláusula compromisoria en la que aceptan someter la decisión de su controversia a la SISALRIL.
- e. **Atención Primaria en Salud:** Es la asistencia ambulatoria basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de la comunidad, con énfasis en los individuos, la familia y el ambiente. Es el primer contacto del individuo con el componente de salud del Sistema de Seguridad Social.
- f. **Atención Ambulatoria de las Enfermedades:** Es toda actividad, intervención o procedimiento oportuno que se realiza sin necesidad de internar el paciente por un periodo no mayor de 8 a 24 horas, implica el control periódico de los pacientes crónicos y el seguimiento a nivel del hogar y de la comunidad.

- g. **Atraso en el Pago a las PSS:** Es el plazo vencido en la obligación de pago referida al Contrato de Gestión entre las ARS/ARL con las PSS. (Párrafo II del artículo 182).
- h. **Atención Médica Domiciliaria:** Es el servicio de salud y el servicio social que se prestan en domicilio de personas discapacitadas o enfermas que no puedan asistir a un centro de atención primaria, ni a ningún otro nivel de atención.
- i. **Auditoria en Salud:** Es la evaluación Sistemática de la atención en salud enfocada tanto hacia su proceso y resultado como al personal involucrado en el acto médico, que hace parte del sistema obligatorio de garantía de calidad de las ARS/ARL y las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS).
- j. **Auditoria Médica:** Es el análisis crítico sistemático de la calidad de la atención médica, incluyendo procedimientos diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de los recursos y los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente.
- k. **Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS):** Son estructuras físicas y funcionales que posibilitan la prestación de atención primaria en salud en los Regímenes Contributivo y Contributivo-Subsidiado, basados en el trabajo de profesionales sanitarios y no sanitarios que actúan en el mismo. Además, es la puerta de entrada a la red de servicios, con atención profesional básica a la población, dotado de adecuada capacidad resolutoria y centrado en la prevención, fomento de la salud, en acciones de vigilancia y en el seguimiento de los pacientes, que cubra las urgencias y la atención domiciliaria. Los CAPS son Prestadores de Servicios de Salud (PSS) habilitadas de acuerdo a la Ley 42-01, regulados en cuanto a la contratación de sus servicios con una ARS, por la Ley 87-01 y sus normas complementarias.
- l. **Centros de Salud del Primer Nivel de Atención:** Sede institucional y uno de los ámbitos de labor de una o varias UNAPs. Se denominan dispensarios, consultorios, clínicas rurales, centros sanitarios y similares, hasta que se produzca una normativa que regule de la denominación de estos centros.
- m. **Cobertura de Prestaciones Médicas:** Es la lista de servicios y prestaciones derivadas de los Contratos de Gestión, que se valoran como resultados esperados, evidenciados por los beneficios alcanzados o percibidos por los afiliados en el proceso de ejecución del PBS. Dichas prestaciones deben estar precisadas de parte de la ARS en una lista anexa a los Contratos de Gestión.
- n. **Conflictos de Gestión:** Serán los diferendos, inconvenientes y controversias esgrimidas sobre la aplicación de las obligaciones acordadas entre las ARS, la ARL y las PSS en los Contratos de Gestión.
- o. **Contrato de Gestión:** Es el documento legal regulado y aprobado por la SISALRIL que rige las relaciones entre las Administradoras de Riesgo y las PSS.
- p. **Contrarreferencia:** Es la respuesta que las PSS de 2do. y 3er. nivel receptoras de la referencia, dan a los CAPS/UNAPS. Es la contra remisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención recibida por el usuario en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

- q. **Farmacia:** Establecimiento dedicado al despacho de recetas y al expendio de medicamentos al público, artículos de consumo médico, cosméticos, productos de higiene y de belleza y similares, de conformidad al artículo 170 de la Ley General de Salud 42-01 y que cumple con las regulaciones del artículo 122 de la Ley 87-01 y del artículo 3 del Reglamento para el Control de Medicamentos del Plan Básico de Salud (PBS). De conformidad con el artículo 132 del Reglamento de Medicamentos 246-06, son los únicos Prestadores de Servicios de Salud autorizados a dispensar y comercializar medicamentos al público.
- r. **Glosa:** Es la objeción a una cuenta, la cual puede originarse por diferentes motivos tales como diferencias entre las tarifas pactadas y las tarifas cobradas, falta de soportes, cobros de procedimientos no pactados y diferencias en cobros al paciente, y cuando se señalan materiales gastables no cubiertos, entre otras razones.
- s. **Indicadores de Desempeño:** Son los valores trazadores de la calidad organizativa, eficiencia y efectividad de la gestión del riesgo en salud que se evidencian en la operación del PBS ejecutado por las ARS y las PSS.
- t. **Plan Básico de Salud (PBS):** Es el conjunto de servicios de atención en salud a los que tienen derecho todos los afiliados a los regímenes Contributivo, Contributivo-Subsidiado y Subsidiado. Sus contenidos están definidos en la presente Normativa y su forma de prestación estará normalizada y regulada por los manuales de procedimientos y guías de atención integral que elaboren para tal efecto de acuerdo con gremios, Administradoras de Riesgos y Prestadoras de Servicios Salud.
- u. **Planes Complementarios:** Son aquellos servicios prepagados a las ARS destinados a cubrir un conjunto de actividades, procedimientos o intervenciones que no están incluidos en el PBS, o que se ofrecen en condiciones diferentes o adicionales de hotelería, comodidad, tecnología o cualquier otra característica de atención.
- v. **Prestación Farmacéutica Ambulatoria:** Es la financiación de los medicamentos del PBS, prescritos y dispensados a los pacientes atendidos en el SDSS.
- w. **Prestadoras de Servicios de la Salud (PSS):** Todo aquel profesional de la salud legalmente facultado o entidades públicas, privadas o mixtas, descentralizadas, con patrimonio propio y personería jurídica, dedicadas a la provisión de servicios ambulatorios de diagnósticos, farmacéuticos, hospitalarios y quirúrgicos, habilitadas por la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) y serán denominadas como "PSS", de acuerdo a la Ley 42-01, contratada por las ARS y cuya actividad principal sea proveer servicios de salud a los afiliados.
- x. **Prevención de la Enfermedad:** Es aquella actividad, procedimiento, intervención y guía de atención destinada a actuar contra los factores de riesgo o condiciones presentes en el individuo, la comunidad o el medio ambiente, que determinan la aparición de la enfermedad.
- y. **Promoción y Fomento de la Salud:** Son aquellas actividades, procedimientos intervenciones y guías de atención de carácter educativo e informativo, individual y colectivo, tendientes a crear o reforzar conductas y estilos de vida saludables, y a modificar o suprimir aquellos que no lo sean; a informar sobre riesgos, factores protectores, enfermedades, servicios de salud, deberes y derechos de los ciudadanos,

como también promover, estimular e incentivar y concretar la participación social en el manejo y solución de sus problemas.

- z. **Promotor de Salud:** Es la persona física o agente de salud que lleva a cabo desde el CAPS/UNAPS una variedad de servicios y de actividades de promoción de la salud a nivel comunitario.
- aa. **Promotor de Seguros de Salud:** Es la persona física o moral cuya actividad está dedicada a la promoción y venta del paquete de servicios ofertada por una ARS, autorizada por la SISALRIL.
- bb. **Referencia:** Es la remisión del usuario desde los CAPS/UNAPS hacia el 2do. y 3er. nivel para la atención o complementación diagnóstica, que de acuerdo con el grado de complejidad den respuesta a sus necesidades de salud.
- cc. **Riesgos Compartidos:** Son los compromisos de las partes referidos a la compensación o prerrogativas financieras otorgadas por las ARS a las PSS por la vigilancia, contención, control, limitación de factores, hechos o condiciones generadores de enfermedades, daños o situaciones adversas a la salud.
- dd. **Seguro de Riesgos Laborales (SRL):** Es el conjunto de prestaciones que garantizan que el trabajador sea indemnizado con motivo de un accidente del trabajo o una enfermedad profesional, siempre que le haya ocasionado alguna lesión corporal o estado mórbido.
- ee. **Seguro Familiar de Salud (SFS):** Es el conjunto de actividades, intervenciones, procedimientos, suministros, reconocimientos y prestaciones en dinero y especie que el Sistema Dominicano de Seguridad Social brinda a las personas, con el propósito de mantener o recuperar su salud y evitar el menoscabo de su capacidad económica derivada de su incapacidad temporal por enfermedad general y maternidad.
- ff. **Sistema de Referencia y Contrarreferencia:** Es el conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente el servicio de salud al usuario de los servicios del PBS, según el nivel de atención y grado de complejidad del mismo.
- gg. **Unidades de Atención Primaria (UNAPS):** Se constituyen en la célula básica de prestación de servicios de salud de atención primaria a las personas y en el lugar de encuentro y coordinación principal del desarrollo de las funciones de atención primaria a la comunidad (salud colectiva). Para ello se desarrollara una integración funcional de sus recursos con los de Promoción de la Salud Colectiva (Supervisores y Promotores de Salud).

Las Unidades de Atención Primaria (UNAP) son un servicio constituido por personal medico, de enfermería y al menos dos promotoras/es de salud pudiendo variar el volumen de sus Recursos Humanos y materiales. Dependiendo de la población que atiendan y el desarrollo y nivel de implantación de los servicios que presten; siempre y cuando dicha población no sea superior a 500 familias afiliadas. El Servicio que presta la UNAP debe estar presente en clínicas rurales, dispensarios y/o centros de atención ambulatoria, sin que esta lista sea limitativa.

CAPITULO II

REQUISITOS PARA LA AUTORIZACIÓN DE LOS CONTRATOS DE GESTION ENTRE ADMINISTRADORAS DE RIESGOS Y PSS

Artículo 3.- Los requisitos a cumplir por las ARS y la ARL para la suscripción de contrato de gestión con las PSS son los siguientes:

- a. Las ARS que intervienen en los Contratos de Gestión deben estar habilitadas por la SISALRIL.
- b. Las ARS y las PSS participantes en los Contratos de Gestión deberán estar informados, de manera actualizada, sobre las cuotas moderadoras y los co-pagos, propuestos por la SISALRIL y aprobados por el CNSS y contenidos en los contratos.
- c. Las ARS participantes de los Contratos de Gestión deberán garantizar el libre acceso y el envío oportuno de la información solicitada por la SISALRIL, en los diversos componentes de ejecución del PBS, los Planes Complementarios y otros planes normados por la SISALRIL.
- d. Garantizar y exigir a las PSS contratadas el uso de los formularios de Referencia y de Contrarreferencia con la finalidad de garantizar los servicios del PBS y las articulaciones correspondientes a los diferentes niveles de atención; estos se determinarán en las normas definidas y reguladas por la SISALRIL y la SESPAS.
- e. Establecer supervisión o auditoria médica sobre la ejecución del servicio profesional contratado fundamentalmente sobre los procedimientos utilizados y ejercer inspección y control sobre las historias clínicas de aquellos afiliados que hayan o estén siendo atendidos por las PSS.

Artículo 4.- Los requisitos a cumplir por las PSS para la suscripción de los Contratos de Gestión son los siguientes:

- a. Las PSS que participan en los Contratos de Gestión deberán estar habilitadas por la SESPAS.
- b. Garantizar u ofrecer cualquiera de los tres niveles de complejidad de atención acorde a la Ley 87-01.
- c. Deberán tener activo el envío de información al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) de la SESPAS.

Párrafo. Estos requisitos, así como los señalados en el artículo 3 de la presente, son de estricto cumplimiento como condición esencial para el desarrollo de los Contratos de Gestión y para que tanto las Administradoras de Riesgos como las PSS tengan acceso al sistema arbitraje establecidos por la SISALRIL.

CAPITULO III COMPROMISOS DE LAS ADMINISTRADORAS DE RIESGOS EN LOS CONTRATOS DE GESTION CON LAS PSS

Artículo 5.- Las obligaciones mínimas de las ARS y la ARL con las PSS que deberán aparecer en el Contrato de Gestión concertado entre las partes, son las siguientes:

- a. Pagar puntualmente a las PSS en las fechas y tiempos precisados en la Ley 87-01, así como el valor correspondiente por los servicios prestados de conformidad con las modalidades de contratación señaladas por la Ley y/o tarifas y precios por servicios del PBS acordados entre las partes o establecidos por la SISALRIL para el caso específico del literal i) del artículo 176 de la Ley 87-01.
- b. Suministrar a las PSS, al menos una vez al mes, en formato digital o en papel físico, los cambios o actualizaciones de población de afiliados en caso de que se produzca alguna novedad.
- c. Realizar un seguimiento riguroso a los componentes y compromisos financieros de los Contratos de Gestión, acorde con la información suministrada por las PSS, en caso que sea necesario, realizar de común acuerdo ajustes.
- d. Mantener una base de datos actualizada sobre los afiliados atendidos por cada una de las PSS y sus redes correspondientes que participan del Contrato de Gestión.
- e. Establecer un sistema de gestión de calidad y motivación entre las PSS, haciendo énfasis en los recursos humanos que distinga y reconozca el ejercicio de calidad de la gestión del riesgo.
- f. Asegurar la homogenización y la actualización de los formatos utilizados en la entrega de la información por las Administradoras de Riesgos en la supervisión y en la gestión del riesgo.
- g. Garantizar que los afiliados no realicen desplazamientos innecesarios para la atención y solución de sus necesidades y demandas de salud.
- h. Aplicar procedimientos y técnicas de auditoría médica para la evaluación y el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

Artículo 6.- Las ARS deberán identificar su red de PSS para fines de contratación, según los niveles de atención definidos en el artículo 152 de la Ley 87-01 y Normas Complementarias.

Artículo 7.- Las ARS/ARL que participan en los contratos de gestión deben aplicar el sistema de procedimiento de referencia y contrarreferencia de sus afiliados con sus PSS que garanticen los servicios.

Artículo 8.- Las ARS deben exigir a las PSS cumplir los compromisos de gestión con respecto a las prestaciones farmacéuticas según las normativas de SISALRIL y de la SESPAS ratificadas por el CNSS, referentes a la prescripción y dispensación de medicamentos y los mecanismos de facturación y pago establecidos en los Contratos.

CAPITULO IV COMPROMISOS DE LAS PSS CON LAS ADMINISTRADORAS DE RIESGOS EN LOS CONTRATOS DE GESTION

Artículo 9.- Las obligaciones mínimas de la PSS con las ARS y la ARL que deberán aparecer en el Contrato de Gestión concertado entre las partes, son las siguientes:

- a. Cumplir con el sistema de procedimientos de referencia y contrarreferencia, contentiva, como mínimo, de una epicrísis de la historia clínica en la que se especifique el motivo de remisión, los tratamientos y resultados previos.
- b. Contar con un Sistema de Auditoría Integral destinado a la auto evaluación permanente de los servicios que prestan (auditoría médica, clínica de servicios e historia clínica) igualmente permitir a las ARS realizar dichos procesos.
- c. Respetar y cumplir las cuotas moderadoras y los co-pagos aprobados por el CNSS.

Párrafo. Las ARS/ARL y las PSS establecerán una cláusula en la cual la PSS acepta la devolución de los valores cobrados en exceso por encima de los montos establecidos, sujeto a requerimiento del afiliado a través de su ARS o de la SISALRIL.

CAPITULO V COMPROMISOS DE LAS ARS EN LA CONTRATACION DE LOS CAPS/UNAPS

Artículo 10- Las ARS tendrán que estipular, contractualmente, con su red de PSS la obligación de establecer como única puerta de entrada a los diferentes niveles de atención, los CAPS/UNAPS en lo relativo a los servicios aprobados para el PBS. La violación a éste requisito producirá de pleno derecho la rescisión del contrato de gestión ante la SISALRIL.

Párrafo I. La ARL tendrá la opción de contratar a su consideración y conveniencia los servicios de los CAPS/UNAPS.

Párrafo II. Las ARS deben requerir a los CAPS/UNAPS abrir un expediente con el historial clínico de cada usuario, dicho expediente será requerido por la SISALRIL a las ARS con el objetivo de dar registro en el Sistema Nacional de Información y Registro de la SISALRIL.

Artículo 11.- Las ARS deberán contratar con los CAPS/UNAPS como mínimo los siguientes servicios para el Primer Nivel de Atención:

1. Servicios de promoción y fomento de la salud:

- 1.1. Asistencia prenatal
- 1.2. Prevención fiebre Reumática
- 1.3. Tratamiento integral niños y niñas
- 1.4. Infecciones de transmisión sexual
- 1.5. Planificación familiar
- 1.6. Malaria
- 1.7. Programa ampliado de inmunizaciones
- 1.8. Salud escolar
- 1.9. Tratamiento hipertensión arterial
- 1.10. Prevención cáncer Cérvico uterino
- 1.11. Prevención y tratamiento tuberculosis
- 1.12. Prevención y tratamiento de Diabetes tipo I insulina dependiente
- 1.13. Prevención y tratamiento de Diabetes tipo II no insulina dependiente

Párrafo. La ARL tendrá la opción de contratar los servicios de los CAPS/UNAPS para fines de promoción y prevención de Riesgos Laborales, de acuerdo a las particularidades de ese aseguramiento.

2. Atención médico asistencial:

- 2.1. Emergencia
- 2.2. Consulta general
 - 2.2.1. Niños menores de 10 años
 - 2.2.2. Adolescentes de 10 a 19 años
 - 2.2.3. Puerperio (Atención post parto)
 - 2.2.4. Mujeres entre 20 y 60 años
 - 2.2.5. Hombres entre 20 y 60 años
 - 2.2.6. Hombres y Mujeres mayores de 60 Años
 - 2.2.7. Remisión a otros niveles
- 2.3. Imágenes de diagnóstico radiológico
- 2.4. Exámenes de laboratorio
- 2.5. Dispensación de Medicamentos esenciales
- 2.6. Consulta odontológico general
- 2.7. Educación en salud oral, indicaciones y prácticas de cepillado
- 2.8. Atención a Materno Infantil

3. Prevención Secundaria:

- 3.1. Tiene como Misión cambiar el curso de la enfermedad detectada
- 3.2. Monitoreo sistemático de enfermedades detectadas
- 3.3. Creación de condiciones para evitar repeticiones de enfermedades

CAPITULO VI REGULACIONES SOBRE EL PAGO DE LAS PRESTACIONES EN LOS CONTRATOS DE GESTION

Artículo 12.- Los montos de pago pactados en los Contratos de Gestión de las ARS/ARL con las PSS estarán relacionados con la modalidad de contratación establecida entre ambas partes.

Artículo 13.- El pago a las PSS será de acuerdo a las siguientes modalidades, las cuales deberán tomarse en consideración por el tipo de PSS que se contrate:

- a) **Pago por Servicios Prestados.** La unidad de pago consta de visitas individuales o actividades clínicas, exámenes de laboratorio, radiografías, entre otros. En este caso, el prestador recibe una tarifa como honorario por cada prestación realizada. La prestación se define en términos generales o específicamente por día de hospitalización, consultas ambulatorias, apoyo diagnóstico, urgencias y emergencias.
- b) **Pago por Paquete.** Es el método de pago al proveedor por un paquete de servicios o por un episodio de la atención. El proveedor recibe un pago acordado por cada "paquete" por paciente, independientemente del volumen real o costo de los servicios prestados.

- c) **Pago por Capitación.** Este método proporciona un pago fijo por cada afiliado en la lista de un PSS por período de tiempo, independientemente de la cantidad o frecuencia de los servicios requeridos o prestados al afiliado.

Artículo 14.- Sobre la frecuencia de pago. Los Contratos de Gestión entre las partes deberán hacer explícita la frecuencia mensual de los pagos por tipos de servicios contratados.

Párrafo. Cuando se refiere a los servicios prestados bajo el PBS, los pagos serán regulares y desembolsados en un período no mayor de 10 días calendario a partir del pago efectuado por la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) a las ARS, siempre que estos pagos hayan sido reclamados de acuerdo a los modos y procedimientos pactados entre las partes.

Artículo 15.- De la Facturación, Presentación de reclamos y Pagos por servicios contratados. Las PSS deberán emitir sus facturas y presentarlas a las ARS para fines de pago del mes en curso, en los diez (10) primeros días laborables de cada mes, de acuerdo a las modalidades de pago establecidas en el Contrato de Gestión, siempre que se ajusten a los mecanismos pactados entre las partes.

Artículo 16.- Recargo por Atraso en el pago. Las ARS que acumulen dilaciones en el pago de sus obligaciones económicas a las PSS contratadas para el PBS y los planes complementarios, y que se encuentren al día en su presentación de facturas con documentos completos, deberán asumir y reconocer un interés a favor de la PSS de acuerdo al Párrafo II del Artículo 182 de la Ley 87-01.

Párrafo. Para los servicios facturados en planes voluntarios o planes especiales de medicina prepagada, las ARS deberán acogerse a los términos de facturación y pago pactados con sus respectivos clientes, sean estos planes individuales, familiares, colectivos o pólizas maestras.

Artículo 17.- Proceso de revisión, objeción y glosa de las cuentas. La Administradora de Riesgos tendrá derecho a revisar en forma integral las cuentas que recibe. El proceso de revisión integral de la cuenta puede resultar una de dos (2) posibilidades que la ARS esté de acuerdo con la factura presentada, caso en el cual procederá a pagar su valor total en el plazo convenido; o que se presente algún tipo de divergencia en relación con el monto cobrado. En este caso se genera la figura conocida como "Glosa" cuya formulación debe hacerse por escrito y detallando el motivo de inconformidad.

Párrafo. La reclamación por parte de la Administradora de Riesgos debe ser realizada dentro de los veinte (20) días siguientes a la presentación de las cuentas. En el caso en que la ARS no manifieste, dentro del plazo indicado, las objeciones a las cuentas, se entenderá aceptada íntegramente y se hará el pago inmediato.

Artículo 18.- Pagos Parciales de Cuentas y de Partes no Glosadas. Se estipulará en los contratos de gestión la no devolución de una cuenta de cobro o factura de servicio, sin el correspondiente pago de la parte no glosada o sujeta a discusión. Será obligación de la ARS pagar en todos los casos los valores correspondientes a las partes no glosadas de las cuentas.

Artículo 19.- Sobre los Estándares de Servicios en el contrato. Las ARS incluirán en su Contrato de gestión una cláusula que afirme haber verificado la capacidad y calidad gerencial de las PSS, antes de contratarlas.

CAPITULO VII

SOBRE LA SOLUCION DE CONFLICTOS

Artículo 20.- Toda diferencia, controversia o conflicto que surja en la ejecución de los Contratos de Gestión entre las ARS y las PSS será sometida a la SISALRIL y podrá seguir el curso normal de grados de jurisdicción establecidos por la Ley 87-01 y sus normas complementarias. De acuerdo a las facultades señaladas en los literales i) del artículo 176; y, j) del artículo 178 de la referida Ley.

CAPITULO VIII SOBRE LA DURACION, ENMIENDA Y RESCISION

Artículo 21.- Sobre la Duración. Los Contratos de Gestión entre Administradora de Riesgos y PSS serán establecidos por un período mínimo de un (1) año.

Párrafo. En el caso de darse la tácita reconducción o renovación automática, esta cláusula deberá estar expresamente integrada al texto del Contrato y sólo bastará la notificación por parte de la ARS a la SISALRIL.

Artículo 22.- Sobre las Enmiendas a los Contratos de Gestión. Los términos y condiciones de los contratos podrán enmendarse, siempre y cuando esas modificaciones se ajusten al marco de la presente normativa.

Artículo 23.- Sobre la Rescisión de los Contratos de Gestión. Los Contratos de Gestión entre las ARS y las PSS deberán establecer las causas de rescisión contractual, además de aquellas sanciones señaladas en la presente normativa que rescinden de pleno derecho el contrato entre las partes.

CAPITULO IX DISPOSICIONES VARIAS

Artículo 24.- Esta normativa aplicará a las contrataciones que las Administradoras de Riesgos realicen con las clínicas, centros médicos, médicos independientes, laboratorios, centros médicos diagnósticos, centros de emergencias médicas y ambulancias, centros de atención primaria, centros de llamadas especializados, establecimientos de dispendios de medicamentos, cualquier otro tipo de entidad orientada a la prestación de servicios de salud. Esta lista es enunciativa y no limitativa.

Artículo 25.- Cada ARS establecerá el formato de los contratos más conveniente y acorde al tipo de servicios a contratar, respetando el contenido de la presente Normativa. Los mismos deberán estar notariados y legalizados.

Párrafo. La ARS debe depositar en la SISALRIL una relación de los contratos firmados con las PSS clasificado por nivel y tipo prestación contratada. Estos estarán sujetos a procesos de auditoría por parte de esta Superintendencia. Dicha relación deberá especificar las fechas de contratación y si aplica o no la tácita reconducción o renovación automática.

Artículo 26.- De los anexos obligatorios al contrato. Todo contrato de gestión convenido entre ARS y PSS, si aplica, deberá contener anexo lo siguiente:

1. Detalle de servicios contratados

2. Cuadro de costos y tarifas
3. Cualquier otra documentación que deba sustentar lo convenido.

Artículo 27.- Sobre la prestación del servicio.- El contrato acordado debe incluir una cláusula que especifique la obligación de la PSS de exigir al afiliado presentar su carné que lo acredita como tal. Salvo los casos de emergencia o urgencia, quienes deberán ser atendidos acorde a la Ley 42-01.

Artículo 28.- La presente normativa se aplicará a partir del 1ero. de mayo del 2007, por lo que los contratos vigentes, a partir de dicha fecha, deberán estar ajustados a su contenido.