

REGISTRO OFICIAL[®]

ÓRGANO DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

ACUERDO N° 00140 - 2023

**EXPÍDESE EL “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”**

No 00140-2023

EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

- Que,** la Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 3, numeral 1, atribuye como deber primordial del Estado, garantizar, sin discriminación alguna, el efectivo goce de los derechos establecidos en dicha Norma Suprema y en los instrumentos internacionales, en particular la salud, para sus habitantes;
- Que,** la invocada Constitución de la República, en el artículo 32, dispone: "*La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.*";
- Que,** la referida Norma Suprema, en el artículo 358, prevé como finalidad del Sistema Nacional de Salud, el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, reconociendo la diversidad social y cultural; sistema que se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional;
- Que,** el Sistema Nacional de Salud comprende las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarca todas las dimensiones del derecho a la salud; garantiza la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y, propicia la participación ciudadana y el control social, conforme lo previsto en el artículo 359 de la Norma Constitucional;
- Que,** la Constitución de la República, en el artículo 360, preceptúa que la Red Pública Integral de Salud es parte del Sistema Nacional de Salud y está conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad;
- Que,** la Norma Ibidem, en el artículo 361, determina que el Estado ejercerá la rectoría del Sistema Nacional de Salud a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, responsable de formular la política nacional de salud, y de normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector;
- Que,** el artículo 362, de la Constitución de la República, prevé que la atención de salud como

- servicio público, se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes;
- Que,** la referida Norma Constitucional, en el artículo 368, dispone que el sistema de seguridad social funciona en base a criterios de sostenibilidad, eficiencia, celeridad y transparencia, correspondiéndole al Estado normar, regular y controlar las actividades relacionadas con la seguridad social;
- Que,** la Carta Fundamental, en el artículo 369, determina que el seguro universal obligatorio cubrirá las contingencias de enfermedad, maternidad, paternidad, riesgos de trabajo, cesantía, desempleo, vejez, invalidez, discapacidad, muerte y aquellas que defina la ley y que las prestaciones de salud de las contingencias de enfermedad y maternidad se brindarán a través de la Red Pública Integral de Salud;
- Que,** la Norma Constitucional, en el artículo 370, establece: *"El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, entidad autónoma regulada por la ley, será responsable de la prestación de las contingencias del seguro universal obligatorio a sus afiliados. La Policía Nacional y las Fuerzas Armadas podrán contar con un régimen especial de seguridad social, de acuerdo con la ley; sus entidades de seguridad social formarán parte de la red pública integral de salud y del sistema de seguridad social (...)"*;
- Que,** la Ley Orgánica de Salud, en el artículo 2, dispone que todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud para la ejecución de las actividades relacionadas con la salud se sujetarán a las disposiciones de dicha Ley, sus reglamentos y las normas establecidas por la Autoridad Sanitaria Nacional;
- Que,** la referida Ley Orgánica de Salud, en el artículo 4, prescribe que la Autoridad Sanitaria Nacional, es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que le corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de dicha Ley, siendo obligatorias las normas que dicte para su plena vigencia;
- Que,** el artículo 18 de la Ley Orgánica que Regula a las Compañías que Financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que Oferten Coberturas de Seguros de Asistencia Médica, prescribe: *"Control y regulación a cargo de la Autoridad Sanitaria Nacional.- En materia sanitaria, la Autoridad Sanitaria Nacional, conforme con lo dispuesto en la Ley Orgánica de Salud, ejercerá la regulación y control de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, de las compañías de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, y la prestación de dichos servicios. (...)"*;
- Que,** *"Las personas extranjeras que residan en el Ecuador tienen derecho a acceder a los sistemas de salud de conformidad con la ley y los instrumentos internacionales ratificados por el Estado ecuatoriano. Las instituciones públicas o privadas que prestan*

servicios de salud no podrán, en ningún caso, negarse a prestar atención de emergencia en razón de la nacionalidad o la condición migratoria de una persona. El Estado ecuatoriano promoverá políticas que protejan a las personas extranjeras en el Ecuador en caso de enfermedad, accidentes o muerte, siendo necesario para la persona residente contar con un seguro público o privado que consolide este beneficio.", conforme a lo dispuesto en el artículo 52 de la Ley Orgánica de Movilidad Humana;

- Que,** el Código Orgánico Administrativo, en el artículo 130, prevé: "*Las máximas autoridades administrativas tienen competencia normativa de carácter administrativo únicamente para regular los asuntos internos del órgano a su cargo, salvo los casos en los que la ley prevea competencia para la máxima autoridad legislativa de una administración pública. La competencia regulatoria de las actuaciones de las personas debe estar expresamente atribuida en la ley.*";
- Que,** el citado Código Orgánico Administrativo, en el artículo 207, dispone que, los reclamos, solicitudes o pedidos dirigidos a las administraciones públicas, deberán ser resueltos en el término de treinta días, vencido el cual, sin que se haya notificado la decisión que lo resuelva, se entenderá que es positiva;
- Que,** la Ley de Seguridad Social, en el artículo 17, determina como misión del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS, la de proteger a la población urbana y rural, con relación de dependencia laboral o sin ella, contra las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos del trabajo, discapacidad, cesantía, invalidez, vejez y muerte, en los términos previstos en dicha Ley;
- Que,** el artículo 102, de Ley de Seguridad Social, prevé: "*El Seguro General de Salud Individual y Familiar protegerá al asegurado contra las contingencias de enfermedad y maternidad, dentro de los requisitos y condiciones señalados en este Título. La prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales estará a cargo del Seguro General de Riesgos del Trabajo. El afiliado, su cónyuge o conviviente con derecho, y sus hijos menores hasta los dieciocho (18) años de edad, así como el jubilado, serán beneficiarios de acciones integrales de fomento y promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades no profesionales, recuperación y rehabilitación de la salud individual. Las beneficiarias del seguro de maternidad recibirán atención de embarazo, parto y puerperio. Se accederá a las prestaciones de salud de este Seguro en condiciones de libre elección del prestador de servicios de salud, público o privado, dentro de las limitaciones señaladas en este Título*";
- Que,** el artículo 116, de la Ley Ibidem, establece que, es derecho del asegurado la elección de prestadores de servicios de salud, de entre las unidades médicas del IESS y los demás establecimientos y profesionales acreditados y vinculados mediante convenio o contrato con la Administradora del Seguro General de Salud Individual y Familiar, prestación que será facturado exclusivamente a la administradora de este seguro, con sujeción a la ley y al tarifario aprobado por el IESS;
- Que,** la Ley de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, en el artículo 17, prescribe como prestaciones que el ISSFA concede a sus afiliados: a) Seguro de Retiro, Invalidez y

Muerte, que incluye mortuoria; b) Seguro de Cesantía; c) Seguro de Enfermedad y Maternidad;

Que, la Ley Ibidem, en el artículo 51, establece que el seguro de enfermedad y maternidad, es la prestación que protege al asegurado en servicio activo y pasivo, sus dependientes y derechohabientes, aspirantes a oficiales y tropa y conscriptos, mediante los siguientes servicios: "a) Medicina preventiva; b) Asistencia clínica y quirúrgica; c) Asistencia obstétrica; d) Asistencia odontológica; e) Rehabilitación, órtesis y prótesis; f) Auxiliares de diagnóstico y tratamiento; y, g) Asistencia farmacológica.";

Que, la Ley de Seguridad Social de la Policía Nacional, en el artículo 2, ordena: "*La seguridad social policial comprende las instituciones de previsión, ayuda y asistencia destinadas a:* a) *Garantizar al policía y su familia protección integral frente a los riesgos asistenciales y económicos;* b) *Atender las necesidades fundamentales para lograr el bienestar individual y un mejor nivel de vida para todas las miembros del colectivo policial;* y, c) *Brindar asistencia y protección a los más necesitados y no asalariados de la mutualidad de la Policía Nacional*";

Que, el Código Civil, determina en el artículo 30: "*Se llama fuerza mayor o caso fortuito, el imprevisto a que no es posible resistir, como un naufragio, un terremoto, el apresamiento de enemigos, los actos de autoridad ejercidos por un funcionario público, etc.*";

Que, el invocado Código Civil prescribe: "*Art. 1486.- Las obligaciones son civiles o meramente naturales. Civiles, las que dan derecho para exigir su cumplimiento. Naturales, las que no confieren derecho para exigir su cumplimiento; pero que, cumplidas autorizan para retener lo que se ha dado o pagado en razón de ellas. Tales son: Las contraídas por personas que, teniendo suficiente juicio y discernimiento, son, sin embargo, incapaces de obligarse según las leyes, como los menores adultos; Las obligaciones civiles extinguidas por la prescripción; Las que proceden de actos a que faltan las solemnidades que la ley exige para que surtan efectos civiles; como la de pagar un legado impuesto por testamento que no se ha otorgado en la forma debida; y, las que no han sido reconocidas en juicio, por falta de prueba. Para que no pueda pedirse la restitución en virtud de estas cuatro clases de obligaciones, es necesario que el pago se haya hecho voluntariamente por el que tenía la libre administración de sus bienes.*";

Que, el Código Ibidem ordena: "*Art. 2415.- Este tiempo es, en general, de cinco años para las acciones ejecutivas y de diez para las ordinarias. La acción ejecutiva se convierte en ordinaria por el lapso de cinco años; y convertida en ordinaria, durará solamente otros cinco.*";

Que, mediante Sentencia No. 75-16-IN/21 y acumulado de 25 de agosto de 2021, la Corte Constitucional declaró la inconstitucionalidad por el fondo de la Disposición General Cuarta, Disposición General Quinta, de los numerales 1 y 3 del artículo 53 y la constitucionalidad condicionada del artículo 55 de la Ley Orgánica que Regula a las Compañías que Financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que Oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica, por transgredir los

preceptos constitucionales contenidos en los artículos 362, 366, 369 y 371 de la Constitución de la República;

- Que,** con Decreto Ejecutivo No. 805, publicado en el Registro Oficial No. 635 de 25 de noviembre de 2015, se creó el Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito, SPPAT, orientado a garantizar la protección de las personas que se trasladan de un lugar a otro a través de la red vial del Ecuador por parte del Sistema Público para Pago de Accidentes de Tránsito, mismo que está adscrito al Ministerio de Transporte y Obras Públicas;
- Que,** mediante Decreto Ejecutivo No. 485, expedido el 07 de julio de 2022, publicado en el Segundo Suplemento del Registro Oficial No. 111 de 22 de julio de 2022, el Presidente Constitucional de la República designó al señor doctor José Leonardo Ruales Estupiñán, Ministro de Salud Pública;
- Que,** la *"Norma del Subsistema de Referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud"*, expedida mediante Acuerdo Ministerial Nro. 00004431, publicado en el Registro Oficial Nro. 151 del 26 de diciembre de 2013, tiene como objetivo contribuir a garantizar la calidad, continuidad e integralidad de la atención en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, siendo de obligatorio cumplimiento en todos los establecimientos de dicho Sistema;
- Que,** mediante Acuerdo Ministerial No. 4928, publicado en la Edición Especial del Registro Oficial No. 235 de 24 de diciembre de 2014, el Ministerio de Salud Pública expidió el *"Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud"*, instrumento técnico que regula el reconocimiento económico de los servicios de salud brindados por las instituciones públicas, entre éstas y con las privadas, en el marco de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y la Red Complementaria del Sistema Nacional de Salud; los valores expresados en el referido documento, registran el techo máximo del valor para el reconocimiento económico entre prestadores y financiadores;
- Que,** con Acuerdo Ministerial No. 0000046, suscrito el 3 de junio de 2016, publicado en el Registro Oficial No. 787 de 30 de junio de 2016, el Ministerio de Salud Pública, expidió la *"Norma para aplicar métodos estadísticos en el Control Técnico Médico de pertinencia médica en las instituciones de la Red Integral de Salud, respecto de las prestaciones de salud otorgadas por los establecimientos de salud públicas y privados"*;
- Que,** con Acuerdo Ministerial No. 000000098, publicado en el Registro Oficial No. 880 de 12 de noviembre de 2016, el Ministerio de Salud Pública aprobó y expidió el Instructivo *"Aplicación de los lineamientos del proceso de planillaje y facturación de los servicios de salud"*, de cumplimiento obligatorio en los establecimientos que conforman la Red Pública Integral de Salud;
- Que,** mediante Acuerdo Ministerial No. 0091-2017, publicado en la Edición Especial del Registro Oficial No. 20 de 28 de junio de 2017, el Ministerio de Salud Pública emitió la *"Norma Técnica Sustitutiva de Relacionamiento para la Prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada"*

Complementaria, y su Reconocimiento Económico", que tiene por objeto normar los procedimientos administrativos del relacionamiento interinstitucional por derivación de usuarios/pacientes, que garanticen el acceso universal, oportuno y equitativo a las prestaciones de salud en los establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria, de aplicación obligatoria para todos los financiadores/aseguradores y prestadores de servicios de salud de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria, el Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito -SPPAT- y compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros que oferten cobertura y de seguros de asistencia médica en su relacionamiento con las instituciones de la Red Pública Integral de Salud y sus usuarios;

- Que,** con Acuerdo Ministerial No. 0217-2018, publicado en el Registro Oficial No. 279 de 9 de julio de 2018, el Ministerio de Salud Pública expidió la *"Norma para la Selección y Adquisición de Servicios de Salud de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y de la Red Privada Complementaria (RPC)"*; con el objetivo de regular el procedimiento que aplicará la Red Pública Integral de Salud (RPIS) para la selección, de prestadores de servicios de salud y la adquisición de estos servicios en la Red Pública Integral de Salud y en la Red Privada Complementaria (RPC);
- Que,** con Acuerdo Ministerial No. 00115 - 2021, publicado en el Registro Oficial No 378, de 26 de enero de 2021 se expidió el *"Reglamento para el Manejo de la Historia Clínica Única"*, con el objeto de regular el contenido de la Historia Clínica Única (HCU) y los requisitos para su aplicación por parte de los profesionales de la salud, en los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud;
- Que,** con la finalidad de garantizar la homologación y el adecuado reconocimiento de las capacidades resolutorias de los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud, mediante Acuerdo Ministerial Nro. 00030-2020, publicado en el Registro Oficial Nro. 248 de 17 de julio de 2020, se expidió el *"Reglamento para Establecer la Tipología de los Establecimientos de Salud del Sistema Nacional de Salud"*, de cumplimiento obligatorio por todos los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud;
- Que,** el Convenio Marco Interinstitucional No. 17 suscrito el 10 de abril de 2015, con una vigencia de diez años, entre el Ministerio del Interior, Ministerio de Defensa, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional y el Ministerio de Salud Pública para Integrar la Red Pública Integral de Salud, en su Cláusula Cuarta, numeral 1, señala: *"El Ministerio de Salud Pública, Autoridad Sanitaria Nacional, es el ente Rector en materia de salud, por lo que los Acuerdos Ministeriales y Resoluciones que de éste emanen, serán aplicables, vinculantes, obligatorios y de inmediata cumplimiento para los MIEMBROS DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD, conforme establece la Constitución y la Ley."*;
- Que,** el informe técnico No. DNARPC-INF-2022-189 de 21 de diciembre de 2022, elaborado por la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud y aprobado por la Subsecretaría de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, concluye la pertinencia de la *"(...) reforma del Acuerdo Ministerial No. 0091-2017, publicado en la*

Edición Especial del Registro Oficial Nro.- 20 de fecha 28 de junio del 2017. La Norma Técnica sustitutiva de relacionamiento para la Prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria y su Reconocimiento Económico, por el "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";

- Que,** mediante memorando No. MSP-VGS-2022-1489-M de 29 de diciembre de 2022, el Viceministro de Gobernanza de la Salud, Subrogante, solicitó al Coordinador General de Asesoría Jurídica: "(...) con el objetivo de dar continuidad al proceso de elaboración de documentos normativos, así como de emisión de Acuerdo Ministerial, y, toda vez que se ha cumplido con la etapa de revisión y validación correspondiente del documento normativo "Reglamento de Relacionamiento para Prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la RPIS, RPC y el SSPPAT; y, su Reconocimiento Económico", se remite en adjunto para el trámite correspondiente", así como también el informe técnico No. DNARPC-INF-2022-189 de 21 de diciembre de 2022;
- Que,** con memorando Nro. MSP-CGAJ-2023-0097-M, de 10 de febrero de 2023, la Coordinación General de Asesoría Jurídica, solicitó que la instancia técnica competente se pronuncie respecto de la pertinencia de los aportes realizados por SOLCA al proyecto de "Reglamento de Relacionamiento para Prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la RPIS, RPC y el SSPPAT; y, su Reconocimiento Económico";
- Que,** con memorando Nro. MSP-VAIS-2023-0472-M, de 11 de abril del 2023, la Viceministra de Atención Integral en Salud, envió observaciones de forma al proyecto de "Reglamento de Relacionamiento para Prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la RPIS, RPC y el SSPPAT; y, su Reconocimiento Económico", solicitando se agilicen los procesos normativos para su publicación;
- Que,** mediante memorando Nro. MSP-DAJ-2023-0382-M, de 13 de abril del 2023, la Dirección de Asesoría Jurídica, remitió a la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria, la versión final del proyecto de instrumento jurídico previamente señalado, en el cual se han insertado las observaciones de carácter jurídico; y solicitó se incluyan los aspectos de orden técnico analizados, así como también los aportes de forma, emitidos desde el Viceministerio de Atención Integral en Salud;
- Que,** con memorando Nro. MSP-VGS-2023-0508-M de 28 de abril de 2023, la Viceministra de Gobernanza del Sistema Nacional de Salud, remitió el documento final del "Reglamento de Relacionamiento para Prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la RPIS, RPC y el SSPPAT; y, su Reconocimiento Económico", a la Coordinación General de Asesoría Jurídica y solicitó se le otorgue el trámite respectivo para su expedición.

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES CONFERIDAS POR LOS ARTÍCULOS 154, NUMERAL 1 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y 130 DEL CÓDIGO ORGÁNICO ADMINISTRATIVO

ACUERDA:

EXPEDIR EL "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".

**CAPÍTULO I
DEL OBJETO Y ÁMBITO**

Art. 1.- Objeto. - El objeto del presente Reglamento es regular los procedimientos técnico - administrativos del relacionamiento interinstitucional para la atención integral de salud de usuarios/pacientes y su reconocimiento económico por las derivaciones a establecimientos de la Red Privada Complementaria y entre los miembros de la Red Pública Integral de Salud; a fin de contribuir en la garantía del acceso universal, oportuno, gratuito y equitativo a las prestaciones de servicios de salud, en los establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud- RPIS y de la Red Privada Complementaria- RPC, y con el fortalecimiento de la Red de Salud, garantizando la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

Art. 2.- Ámbito. - Las disposiciones del presente Reglamento son de aplicación obligatoria para todos los financiadores/aseguradores y prestadores de servicios de salud de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria, y para el Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito SPPAT o quien haga sus veces.

El modelo de pago que se describe en el presente reglamento es de aplicación obligatoria en los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención.

Los establecimientos de salud del primer nivel de atención aplicarán el presente Reglamento, hasta que el Ministerio de Salud Pública emita normativas y directrices para el financiamiento de las prestaciones de servicios de salud otorgadas en este nivel de atención.

Las compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada y las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, estarán obligadas a cumplir este Reglamento, únicamente en lo referente a autoderivaciones por emergencia a establecimientos de la Red Privada Complementaria y en casos de accidentes de tránsito sean o no emergencias.

Para casos de derivación internacional, se utilizará la norma específica que la Autoridad Sanitaria Nacional emita para el efecto.

**CAPÍTULO II
DE LAS DEFINICIONES**

Art. 3.- Definiciones. - Para la aplicación del presente Reglamento, se considerarán las siguientes definiciones:

Alcance: son expedientes de trámites que se presentaron previamente y que se encuentran en

Las sanciones previstas en la Ley Orgánica del Servicio Público y su reglamento se aplicarán sin perjuicio de la responsabilidad civil y/o indicios de responsabilidad penal, que podrá imponer la Contraloría General del Estado, en cumplimiento de sus funciones de auditoría y control.

Art. 124.- Irregularidades en la prestación de servicios. – La Comisión Interinstitucional de la RPIS a la que hace referencia el artículo 122 de este Reglamento, penará a los prestadores que incurran en irregularidades en la prestación de servicios de salud o en los procesos administrativos, conforme lo dispuesto en dicho artículo, con la suspensión de la contratación del servicio al prestador, por un plazo de treinta (30) a noventa (90) días, que será determinado por la referida Comisión Interinstitucional de la RPIS, con base en el resultado de la visita in situ y la realidad territorial; de no existir consenso por parte de los miembros de la comisión, el tiempo de suspensión lo determinará la máxima autoridad de cada entidad de la RPIS.

CAPÍTULO XI DE LOS ANEXOS – FORMULARIOS

Art. 125.- Anexos y formularios. - Para facilitar los procesos regulados en este Reglamento se aplicarán los siguientes documentos según corresponda:

- Anexo 1 Lista de prioridad I y II del Sistema de Triage Manchester MTS® modificado
- Anexo 2 Oficio de solicitud de pago
- Anexo 3 Oficio de requerimiento de muestras múltiples.
- Anexo 4 Lista de muestras múltiples enviadas.
- Anexo 5 Lista de muestras múltiples efectivamente procesadas.
- Anexo 6 Informe trimestral de servicios de diálisis
- Anexo 7 Acta entrega recepción de servicios de salud.
- Anexo 8 Acta entrega recepción servicio de diálisis/hemodiálisis
- Anexo 9 Lista de chequeo: Recepción documental/ Revisión Documental / Pertinencia Médica / Documentos Habilitantes para el pago.
- Anexo 10 Lista de chequeo – Motivo de Objeciones.
- Anexo 11 Documentos habilitantes – Disposición Transitoria Primera

DISPOSICIONES GENERALES

PRIMERA. - En caso de desastre natural, conmoción nacional, declaratoria de estado de emergencia, estado de excepción u otros similares se aplicarán los lineamientos emitidos por la Autoridad Sanitaria Nacional o la entidad designada por la máxima autoridad del país, con la finalidad de establecer las directrices que permitan cumplir con los plazos de entrega de las prestaciones brindadas por la RPIS y RPC, para el proceso de la ACFSS.

SEGUNDA. – En casos fortuitos o de fuerza mayor en donde las circunstancias permitan calificar a los mismos como hechos imprevistos, inevitables e irresistibles y ajenos a la voluntad del prestador de servicios de salud; la institución financiadora/aseguradora de la RPIS podrá suspender los plazos de aplicación del proceso de ACFSS, y podrá aceptar trámites por fuera de los tiempos y términos previstos en este Reglamento.

TERCERA. - Los trámites anteriores a la vigencia de este Reglamento, que se encuentren en

cualquiera de las fases de la auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud, deberán ser concluidos conforme a la normativa vigente a la fecha de la prestación del servicio de salud exceptuando lo que menciona la transitoria primera.

CUARTA. - Los subsistemas podrán externalizar el proceso de Auditoría de la Calidad de la Facturación de Servicios de Salud, siguiendo los debidos procesos determinados por la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública o quien haga sus veces y demás normativa aplicable.

En el proceso externalizado se aplicará lo determinado en el presente Reglamento.

QUINTA. - Los prestadores de servicios de salud de la Red Privada Complementaria con o sin convenios, que hayan prestado servicios a los pacientes o usuarios de las instituciones financiadoras/aseguradoras públicas, podrán contratar servicios de auditoría de servicios de salud externos, de compañías o entidades auditorías calificadas por la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada. Dichas auditorías podrán ser presentadas junto con los trámites para el proceso de pago.

Las instituciones financiadoras/aseguradoras públicas, aceptarán las auditorías realizadas por compañías o entidades auditorías de servicios de salud externas calificadas, a fin de proceder con la autorización de pago de los servicios brindados, sin perjuicio de que puedan realizar observaciones a las mismas o de ser necesario realizar nuevos procesos de ACFSS.

SEXTA. - En el caso de trámites rezagados, que no se hayan presentado o que se encuentren dentro del proceso de la ACFSS antes de la expedición de este Reglamento, los prestadores de servicios de salud podrán presentarlos, para su procesamiento dentro del plazo de diez (10) años para la prescripción de las acciones ordinarias, conforme lo establecido en el artículo 2415 del Código Civil.

En el caso de trámites que generen obligaciones de pago que hayan superado el tiempo previsto en el inciso anterior, las mismas se considerarán obligaciones naturales, conforme lo establecido en el artículo 1486 del Código Civil, siendo potestativo de los financiadores/aseguradores públicos el procesamiento de dichos trámites y el pago correspondiente.

SÉPTIMA. - Los financiadores/aseguradores públicos podrán derivar pacientes a otros proveedores de servicios de salud públicos, tales como los que brindan los gobiernos autónomos descentralizados u otros servicios públicos con los que existan vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad, para lo cual deberán suscribir los respectivos convenios.

Para la derivación y relacionamiento con dichos prestadores de servicios de salud públicos, se aplicarán las mismas normas que constan en el presente Acuerdo Ministerial, para el relacionamiento entre los miembros de la Red Pública Integral de Salud.

OCTAVA. - Para los casos en los cuales se requiera del uso de equipos de mediana o alta complejidad y que no cuenten con unidad de valor relativo en el Tarifario Nacional de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, el prestador de servicios deberá garantizar la integralidad de la atención y brindará la atención necesaria, para lo cual se reconocerá el pago

de alquiler de equipos.

El reconocimiento económico se realizará, siempre que se demuestre que el equipo era necesario para el tratamiento del paciente y cuando las mismas se encuentren dentro de la cartera de servicios autorizada, según el nivel de complejidad del establecimiento.

NOVENA. - La Autoridad Sanitaria Nacional para el reconocimiento económico en la Red Pública Integral de Salud y en la Red Privada Complementaria, además de los valores que constan en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, podrá definir otras modalidades de pago y de aplicación de tarifas, tales como la suscripción de convenios con prestadores de servicios de salud, a fin de facilitar el pago de los mismos conforme el nivel de atención de salud que reciban los usuarios de cada subsistema.

DÉCIMA. - Las unidades de talento humano de las entidades de la RPIS, que realicen actividades de gestión de pacientes, derivaciones y procesos de auditoría de calidad de facturación, deberán suscribir compromisos de confidencialidad con los servidores o funcionarios que realicen estas actividades en cada una de dichas entidades

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

PRIMERA. - Los financiadores/aseguradores públicos receptorán los trámites que no se hayan procesado antes de la expedición de este Reglamento y aplicarán el procedimiento descrito en esta transitoria:

Cada financiador/asegurador público, en el término de hasta noventa (90) días contados desde la publicación de este Reglamento en el Registro Oficial, definirá en su normativa interna los plazos para el ingreso y procesamiento de trámites rezagados, ingresados por primera vez y levantamiento de objeciones.

Los trámites que se hubieran presentado, mientras estuvo vigente el Acuerdo Ministerial 367-2019, se procesarán con base en dicha normativa.

Los documentos que se requerirán para el procesamiento de los trámites rezagados que se ingresen por primera vez, así como del levantamiento de objeciones, independientemente del tiempo en el que se haya brindado la prestación serán los que constan en el Anexo 11 de este Reglamento.

Las justificaciones de objeciones que se ingresen como trámites rezagados, a partir de la publicación del presente Acuerdo Ministerial, se sujetarán a los documentos habilitantes que constan en el Anexo 11.

No se aceptarán alcances a los trámites presentados antes de la expedición de este Reglamento.

No se considerará como alcance a aquellos expedientes que ingresaron a un subsistema de diferente cobertura (coberturas compartidas).

El pago se efectuará de acuerdo a la disponibilidad presupuestaria de cada subsistema, quienes

deberán tomar las medidas pertinentes que les permita contar con los recursos suficientes (humano y económico) para cumplir con el proceso de ACFSS y pago.

Adicionalmente, en caso de que el prestador de servicios de salud o el financiador/asegurador público lo consideren pertinente, podrán solicitar procesos de mediación para determinar los valores pendientes y acordar el pago de estos, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 16 del Reglamento de la Ley de Arbitraje y Mediación.

SEGUNDA. - Para el reconocimiento económico de las atenciones que se realicen en el primer nivel de atención entre las instituciones de la RPIS, se estará a lo dispuesto en el artículo 83 de este Reglamento, hasta que el Ministerio de Salud Pública desarrolle el proceso de adscripción territorial y asignación per-cápita y emita la normativa correspondiente.

TERCERA. - En el término de sesenta (60) días, contados a partir de la vigencia del presente reglamento, cada subsistema de la Red Pública Integral de Salud deberá actualizar su normativa interna que corresponda, a fin de que la misma se adapte a las disposiciones de este Acuerdo Ministerial.

CUARTA. - En el término de hasta sesenta (60) días, contados desde la vigencia del presente Acuerdo Ministerial, las máximas autoridades de cada subsistema de la Red Pública Integral de Salud deberán tomar las acciones necesarias a fin de que se lleve a cabo las capacitaciones necesarias para cada uno de sus niveles desconcentrados y para los funcionarios que vayan a aplicar las disposiciones de este Reglamento.

QUINTA. - En el término de ciento veinte días (120), contados desde la vigencia del presente Acuerdo Ministerial, la Autoridad Sanitaria Nacional emitirá la normativa necesaria para la calificación de compañías o entidades que brinden servicios de auditoría de servicios de salud de forma externa.

Una vez expedida la normativa estipulada en el inciso anterior, en el término de sesenta (60) días la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada ACCESS, implementará el proceso de calificación de las entidades o compañías indicadas en el inciso anterior.

DISPOSICIÓN REFORMATORIA

ÚNICA. - Refórmese la "*Norma para la Selección y Adquisición de Servicios de Salud de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y de la Red Privada Complementaria (RPC)*", expedida mediante Acuerdo Ministerial No. 0217-2018, publicada en el Registro Oficial No. 279 de 09 de julio de 2018, de la siguiente manera:

1.- Sustitúyase el texto del artículo 4 por el siguiente:

"Art. 4.- De la Calificación de Prestadores. - Para ser considerado prestador de servicios de salud de la RPIS, el establecimiento de salud deberá manifestar esta intención solicitando su inscripción en el Registro de Prestadores de Servicios de Salud de la RPIS, en la Coordinación Zonal de Salud de su localidad.

Para efectos de la presente Norma, la calificación que servirá como habilitante de los establecimientos de salud para ser considerado como prestador de servicios de salud de la RPIS, será la calificación establecida oficialmente por la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada -ACCESS- para el otorgamiento del permiso de funcionamiento.

Cuando el establecimiento de salud cuente con el permiso de funcionamiento, solicitará, de ser su interés, ser inscrito en el Registro de Prestadores de Servicios de Salud a la RPIS, con lo que estará habilitado para ser prestador de servicios de salud de la RPIS.

Una vez que el establecimiento de salud esté habilitado para ser prestador de la RPIS, recibirá una certificación que le acredite como tal, suscrita por el /la Coordinador/a Zonal de Salud de la jurisdicción que le corresponda.

La vigencia del certificado estará acorde a lo señalado en el permiso de funcionamiento, en el caso de que dicha gestión se encuentre en trámite de renovación, se extenderá su vigencia hasta la emisión de nuevo permiso de funcionamiento.

La Coordinación Zonal informará a los miembros de la RPIS sobre los establecimientos de salud habilitados para ser prestadores de la RPIS, para su consideración en la firma de convenios de prestación de servicios de salud, sin que sea necesario otro proceso de calificación.

En caso de que el prestador de servicios de salud no obtenga el permiso de funcionamiento/licenciamiento o su renovación, es responsabilidad del ACCESS o quien haga sus veces, notificar a la Coordinación Zonal de Salud correspondiente, a fin de que informe de este particular a los subsistemas de la RPIS, para que estos elaboren los planes de contingencia que permitan la continuidad y oportunidad de la atención de salud de los usuarios/pacientes.

En ningún caso la inscripción de un establecimiento de salud en el Registro de Prestadores de Servicios de Salud de la RPIS, obliga a los miembros de la RPIS a contratar los servicios del establecimiento o a derivar pacientes para su atención."

2.- Sustitúyase el texto del artículo 5 por el siguiente:

"Art. 5.- De la elaboración de los convenios.- Los financiadores de la Red Pública Integral de Salud podrán suscribir convenios para la prestación de los servicios de salud de conformidad a sus necesidades propias, para el efecto deberán observar el marco constitucional y legal vigente para el sector salud, así como lo dispuesto en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud y la normativa para el relacionamiento y reconocimiento económico, emitidas por la Autoridad Sanitaria Nacional. Para este fin se utilizará como referencia los convenios tipo establecidos por el Ministerio de Salud Pública, en coordinación con los integrantes de la RPIS, sin perjuicio de que cada entidad financiadora/aseguradora pública puedan negociar mejores términos contractuales con los establecimientos de salud privados o de la red privada complementaria.

Los convenios que suscriban los subsistemas para efectos de este artículo, serán de naturaleza marco y no requerirán de certificación de disponibilidad presupuestaria previa, toda vez que no

estipularán cuantía alguna, en razón de que las prestaciones brindadas se cancelarán individualmente, conforme a lo dispuesto en el artículo 6 de este instrumento. Estos convenios estarán vigentes mientras el establecimiento de salud cuente con el permiso de funcionamiento vigente.

Debido a que la razón de ser del SPPAT es garantizar la protección de todas las personas que se trasladan de un lugar a otro a través de la red vial del Ecuador, sin oponer exclusiones de ninguna naturaleza, no deberá suscribir convenios para la prestación de los servicios de salud, ya que podría limitar la atención prioritaria a las víctimas de siniestros de tránsito.

En caso de que el establecimiento de salud requiera recibir un pago anticipado, acogiéndose al procedimiento previsto en el numeral 2) del artículo 6 de esta Norma, se deberá suscribir un convenio adicional al convenio marco previsto en el inciso anterior, en el que se estipule la entrega del anticipo, su valor, la forma de su amortización y el plazo para el cual se entrega el anticipo. Para el efecto, se deberá contar con la respectiva certificación de fondos previa y el establecimiento de salud deberá rendir una garantía bancaria o póliza de seguro por el valor total del anticipo que reciba, previa a su entrega.

En los casos de que el máximo órgano de decisión del prestador de servicios de salud de la Red Privada Complementaria, resolviera realizar cambios en su estructura societaria, tales como procesos de fusión, absorción o escisión establecidos en la Ley de Compañías; el prestador deberá cumplir con el procedimiento de notificación al financiador/asegurador público sobre dichos cambios, con un plazo de anticipación de por lo menos dos (2) meses. Los cambios societarios que realice no afectarán ni interrumpirán el servicio de salud que prestan a los usuarios/pacientes.

Para la aplicación de los cambios societarios antes referidos, se aplicará lo previsto en el artículo 1628 del Código Civil, a través de la figura de la subrogación de derechos y obligaciones”.

3.- Agréguese al final del numeral 1 del artículo 6, el siguiente inciso:

“(…) Cuando se remitan usuarios/pacientes a prestadores que tengan convenio suscrito con un subsistema financiador/asegurador público que derive a un usuario/paciente; y, dicho prestador no tenga convenio suscrito con el financiador/asegurador que pagará la cobertura, se reconocerá el pago por dichas coberturas, conforme lo descrito en este artículo”.

DISPOSICIÓN DEROGATORIA

ÚNICA. - Deróguese todas las normas de igual o menor jerarquía que se oponga a las disposiciones del presente Acuerdo Ministerial, expresamente el Acuerdo Ministerial No. 000091 de 19 junio de 2017, publicado en la Edición Especial del Registro Oficial Nro. 20 de 28 junio de 2017, a través del cual se expidió la “Norma Técnica Sustitutiva de Relacionamiento para la Prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria, y su Reconocimiento Económico”.

DISPOSICIÓN FINAL

El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial, y de su ejecución encárguese al Viceministerio de Atención Integral en Salud, mediante la Subsecretaría de Redes de Atención Integral en Primer Nivel, a través de la Dirección Nacional de Gestión de Usuarios y Pacientes, la Dirección Nacional de Atención Integral en Salud, la Dirección Nacional de Discapacidades, Rehabilitación y Cuidados Paliativos; y, de la Subsecretaría de Atención de Salud Móvil, Hospitalaria y Centros Especializados, a través de la Dirección Nacional de Servicio de Atención de Salud Móvil, la Dirección Nacional de Hospitales y la Dirección Nacional de Centros Especializados; al Viceministerio de Gobernanza de la Salud a través de la Subsecretaría de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, mediante la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria; a la Red Pública Integral de Salud mediante el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, a través de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar y del Seguro Social Campesino; al Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas a través de la Dirección del Seguro de Salud, la Dirección General de Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Dirección de Gobernanza de la Salud; a la Policía Nacional a través de la Dirección Nacional de Atención Integral en Salud, al Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional a través de la Dirección Nacional de Prestaciones de Salud; y al Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito.

Dado en la ciudad de Quito, Distrito Metropolitano, a **12 MAYO 2023**



Dr. JOSÉ LEONARDO
RUALES ESTUPIÑAN



Dr. José Leonardo Ruales Estupiñan
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA