



**OBSERVACIONES AL PROYECTO DE CÓDIGO ORGÁNICO DE SALUD  
SEPTIEMBRE DE 2017**

## ÍNDICE

### PRIMERA PARTE

Temas claves para el proyecto de Ley del Código Orgánico de Salud.....2

### SEGUNDA PARTE

Considerando.....7

Título Preliminar.....7

Libro I. Sistema Nacional de Salud.....10

Libro II. Cuidado Integral de la Salud.....20

Libro III. Régimen de Control y Sanción en el Sistema Nacional de Salud.....23

## **PRIMERA PARTE**

### **TEMAS CLAVES PARA EL PROYECTO DE LEY DEL CÓDIGO ORGÁNICO DE SALUD.**

La Asociación Nacional de Clínicas y Hospitales Privados del Ecuador, ACHPE ha brindado una especial prioridad a la revisión y estudio del Código Orgánico de la Salud, COS pues entiende que este cuerpo legal que va a regir al sector salud en los próximos años, conlleva un cambio de visión en la organización del sector, en línea con una concepción moderna orientada a garantizar el ejercicio de derechos de la población ecuatoriana y la eficiencia del sector.

Una de las intenciones de este Proyecto de Ley es fusionar en un solo cuerpo toda la legislación existente con coherencia, sistematicidad, introduciendo innovaciones y facilitando su aplicación; por lo tanto amerita una revisión profunda por parte de los actores del Sistema Nacional de Salud, SNS.

En primera instancia, ACHPE plantea algunos temas claves que aportan el marco teórico al análisis específico posterior de los “Considerando” y del Articulado del Título Preliminar y los tres Libros que conforman este Proyecto de Ley.

ACHPE considera que los tres primeros temas están bastante bien tratados. Los tres siguientes, a nuestro criterio, requieren ajuste y finalmente planteamos un tema adicional que no consta en el Proyecto de Ley y que proponemos incluir.

Estos temas son los siguientes:

#### **1. Fortalecimiento de la Rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional.**

ACHPE considera que la Rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional, ASN es fundamental para garantizar el derecho progresivo a la Atención de Salud de los ciudadanos y resguardar la eficiencia del Sector. De acuerdo con lo planteado por USAID/OPS, ACHPE considera que la ASN tiene que ejercer las responsabilidades y competencias sustantivas de la política pública en salud y en consecuencia ser responsable del desenvolvimiento del Sistema Nacional de Salud y por ende de las dos redes que lo conforman.

#### **2. El enfoque Intersectorial del COS.**

ACHPE considera un acierto, la presencia de este enfoque en el COS puesto que el ejercicio del derecho a la salud, no solamente implica el trabajo del MSP sino que se extiende al que deben desarrollar otros sectores e instituciones como el Ministerio de Ambiente, Inclusión Social, Ministerio de Agricultura, Secretaría del Agua, los

Municipios entre otros, cuyo trabajo está vinculado con los determinantes de la salud. Esta concepción refleja la prioridad que se ha brindado a la salud y expresa la intención de ubicarla en todas las Políticas Públicas que se definan y que guarden relación con el bienestar de la población.

### **3. Orientación prioritaria hacia la Atención Primaria de Salud, APS como eje articulador del Sistema Nacional de Salud.**

ACHPE considera que reposicionar la APS es un imperativo para el actual SNS. Los 3.269 establecimientos de salud sin internación del sector Público<sup>1</sup>, en su mayoría pertenecientes al primer nivel de atención, constituyen una inmensa Red que debe ser la puerta de entrada a los otros niveles de mayor complejidad. “El primer nivel de atención se constituye en la puerta de entrada y debe resolver el 80% de las necesidades de salud y a través del sistema de referencia-contrareferencia garantizar el acceso a unidades y servicios de mayor complejidad hasta la resolución de la necesidad o problema”<sup>2</sup>

La atención Primaria de Salud, es uno de los temas centrales del Modelo de Atención Integral de Salud que amerita una concentración de esfuerzos por parte de la Autoridad Sanitaria Nacional. El rol que cumplirá la APS en el primer nivel de atención debe ser potenciado (sin desconocer su importancia en los otros niveles de atención) para disminuir la presión sobre las urgencias hospitalarias y sobre las consultas en niveles de atención de mayor complejidad.

La potenciación de la APS en el primer nivel de atención va a tener un efecto importante en la disminución de enfermos crónicos que llegan a ese estado en la mayoría de los casos por el escaso trabajo realizado para prevenir la enfermedad y promover la salud. En consecuencia la potenciación de la APS brindaría un aporte importante a la obtención de mejores condiciones de vida y produciría un gran ahorro de recursos públicos en el mediano y largo plazo, aunque en el inicio del proceso de potenciación, la inversión requerida podría ser mayor. Los enfermos renales que requieren diálisis y que incluso pueden transformarse en un momento dado en candidatos a trasplante de riñón son un claro ejemplo de lo que la potenciación de la APS podría contribuir a evitar y de sus efectos positivos en cuanto al bienestar de las personas y el ahorro público.

### **4. Financiamiento del Sector Salud.**

La universalización de la atención de salud y el acceso efectivo y gratuito de la población a dicha atención planteados como objetivos del modelo de financiamiento, demandan mayor precisión al momento de redactar el artículo 53. ACHPE considera

---

<sup>1</sup> INEC. Anuario de estadísticas de Salud, Recursos y Actividades 2013

<sup>2</sup> MSP. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud, MAIS. 2016.

que en el COS debe quedar claramente establecido el carácter contra cíclico del presupuesto público de salud.

Para el efecto es necesario que la proforma presupuestaria del MSP incluya el financiamiento requerido para la implementación del Modelo de Atención vigente, que este Código respalda y además que dicha proforma conlleve un proceso de programación por resultados y una propuesta de monitoreo y evaluación de corto, mediano y largo plazo para facilitar el proceso de rendición de cuentas y la obtención de financiamiento. Resultaría innovador que la rendición de cuentas en algún momento pudiera reflejar un análisis cruzado de las metas o resultados obtenidos y la inversión realizada para la obtención de dichas metas y resultados.

Con estas herramientas el MSP podría tener las suficientes bases para la consecución del financiamiento debido, de acuerdo a lo establecido en la Constitución y por otro lado, fortalecería su función de alta dirección, dentro de la cual, el logro del financiamiento y la asignación de recursos al sector, son prioridades.

## **5. La participación de los actores del Sistema Nacional de Salud.**

ACHPE asume que el Consejo Consultivo cuya creación está planteada en el artículo 36 del COS, reemplazará al actual CONASA. Al respecto ACHPE considera fundamental resguardar la naturaleza del actual CONASA, especialmente en lo relativo a la participación de los actores del Sistema Nacional de Salud, aunque el nombre no se mantenga.

Si bien entendemos y avalamos la importancia de las instituciones de la Red Pública Integral de Salud, creemos que la participación de todos los actores del Sistema Nacional de Salud, SNS es fundamental en la definición y evaluación de la Política Pública de Salud y para salvaguardar la articulación de las dos redes que conforman el SNS.

## **6. La articulación de la Red Pública Integral de Salud y la Red Privada Complementaria, en el contexto del Sistema Nacional de Salud.**

El Libro I contiene uno de los temas más importantes planteados en este Proyecto de Ley pues brinda el respaldo legal a la estructuración del Sistema Nacional de Salud definido como “el conjunto articulado de instituciones, políticas, programas, acciones, recursos y actores en salud. Abarca todas las dimensiones del derecho a la salud; ... estará constituido por las entidades públicas, privadas, autónomas, comunitarias y otras del sector, bajo la rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional”.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Informe para el primer debate de la Asamblea Nacional del Proyecto de Código Orgánico de salud. 2017

ACHPE considera que la articulación real de las dos Redes que conforman el Sistema Nacional de Salud: la Red Pública Integral de Salud y la Red Complementaria es un imperativo si se quiere avanzar progresivamente en la cobertura universal y el acceso efectivo y gratuito a la atención en salud. La articulación implica compartir derechos y responsabilidades por parte de ambas Redes.

Si bien, la articulación es un proceso que está avanzando y es un tema presente en el COS, ACHPE considera que el Proyecto de Ley debe ser ajustado en varios momentos para obtener la contundencia necesaria que permita sustentar la articulación debida. Es fundamental potenciar las fortalezas de ambas Redes y lograr la coordinación necesaria entre ellas, esto contribuirá significativamente al logro de los objetivos planteados en este cuerpo legal.

## **7. La garantía que la Constitución Ecuatoriana establece para el desarrollo de la actividad económica privada en salud.**

La Constitución ecuatoriana en el artículo 33 reconoce que el trabajo es un derecho y un deber social, libremente escogido o aceptado, el mismo constituye un derecho económico, una fuente de realización personal y base de la economía.

La Constitución Ecuatoriana en su artículo 66, numeral 17 garantiza el derecho a desarrollar actividades económicas, en forma individual o colectiva, conforme a los principios de solidaridad, responsabilidad social y ambiental y establece que nadie será obligado a realizar un trabajo gratuito o forzoso. Estos derechos garantizan a las empresas privadas, el trabajo en forma autónoma y con suficiencia económica.

El artículo 283 de la Constitución, establece que el sistema económico se integrará por las formas de organización económica pública, privada, mixta, popular y solidaria y las demás que la Constitución determine. El artículo 319 reconoce diversas formas de organización de la producción en la economía, entre otras las comunitarias, cooperativas, empresariales públicas o privadas, asociativas, familiares, domésticas, autónomas y mixtas. Es decir que expresamente se reconoce que las empresas privadas son parte de la producción en la economía ecuatoriana.

El artículo 277 de la Constitución establece que se promoverá e impulsará la ciencia, la tecnología, las artes, los saberes ancestrales y en general las actividades de la iniciativa creativa comunitaria, asociativa, cooperativa y privada.

La Constitución Ecuatoriana en su esencia destaca la libertad de empresa y establece la invulnerabilidad del principio de sostenibilidad económica.

En consecuencia la actividad económica privada de salud desarrollada por las 498 instituciones privadas de salud con fines de lucro que trabajan en nuestro país, está protegida por la Constitución Ecuatoriana.

Con base en los temas analizados previamente, los miembros de ACHPE presentan sus reflexiones y observaciones a los “Considerando” y al articulado del Título Preliminar y los tres Libros que conforman este Proyecto de Ley.

## **SEGUNDA PARTE**

### **CONSIDERANDOS**

#### **1. Apreciación de ACHPE.**

Por lo mencionado en el tema clave Nº 7 y, al ser la prestación privada de servicios de salud, parte integral del Sistema Nacional de Salud, es importante que el Estado ecuatoriano reconozca y garantice el derecho que por disposición constitucional le asiste a toda persona sea natural o jurídica, de prestar servicios privados de salud.

En consecuencia sugerimos que se incluyan dos considerandos nuevos (séptimo y octavo) que a continuación detallamos.

#### **2. Propuesta de ACHPE.**

QUE El artículo 32 de la Constitución de la República establece que la salud es un derecho que garantiza el Estado y cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el del trabajo; por lo cual se reconoce a la actividad privada en salud como parte integral del Sistema económico ecuatoriano.

QUE El artículo 283 de la Constitución de la República garantiza a la actividad privada como parte integral del Sistema económico ecuatoriano facultando así el desarrollo de la prestación privada de salud.

### **TÍTULO PRELIMINAR.**

#### **1. Texto del COS.**

**“Artículo 2. Principios, criterios y enfoques.-** Para la aplicación del presente Código regirán los principios de: universalidad, equidad, gratuidad, precaución, gradualidad, igualdad, no discriminación, sostenibilidad, suficiencia, bioética, transparencia y solidaridad; y los criterios de: calidad, calidez, eficiencia, eficacia, responsabilidad, y participación; con enfoque basado en los derechos humanos, interculturalidad, género y generacional. En el marco de lo previsto en la Constitución de la República”.

**Artículo 5. Deber del Estado.-** El Estado garantizará a todas las personas y, de modo especial, a los grupos de atención prioritaria, el derecho a la salud y a la atención integral e integrada que incluirá el acceso a medicamentos y al uso racional de los mismos.; lo incorporará obligatoriamente como componente esencial en todas las políticas públicas en las que tengan incidencia; y, lo priorizará sobre cualquier otro interés, principalmente de carácter comercial y económico. Su financiamiento será



oportuno, regular y suficiente, y provendrá de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado y de otras previstas en las leyes.

La atención integral e integrada en la Red Pública Integral de Salud se realizará bajo el principio de gratuidad, mediante el cual ninguna persona que resida en el territorio nacional realizará pagos directos por dichas atenciones en el punto de servicio. Sin contrariar el principio de gratuidad, las autoridades competentes del Estado podrán dictar medidas para asegurar la sostenibilidad del financiamiento en salud.

Las situaciones y condiciones consideradas problemas de salud pública o de interés nacional requieren de una atención integral, que incluya la prevención de sus riesgos y abarque soluciones de orden educativo, sanitario, social y psicológico, privilegiando los derechos fundamentales garantizados por la Constitución.

Será responsabilidad del Estado impulsar la participación de la sociedad en el cuidado de la salud individual y colectiva; y, establecer mecanismos de veeduría y rendición de cuentas en las instituciones públicas y privadas involucradas.

**Artículo 9. Información suficiente y autonomía de voluntad.-** Toda persona tiene derecho a recibir personalmente o a través de sus familiares o de la persona que ejerza su representación legal, asesoría e información clara, oportuna, suficiente y completa de su condición de salud y su proceso de atención; y, a elegir libremente entre las opciones que le presente el o la profesional de la salud para tratar su caso; elección que incluye el negarse a recibir atención, procedimiento, diagnóstico, conocimiento del diagnóstico, la presentación de su caso fuera del ámbito diagnóstico, tratamiento, intervención quirúrgica o cualquier procedimiento relacionado a su salud.

## **2. Apreciación de ACHPE.**

Respecto al Título Preliminar, ACHPE comparte con el documento para el primer debate de la Asamblea Nacional, especialmente las siguientes ideas claves<sup>4</sup>:

1. El deber del Estado de garantizar el derecho a la salud como componente esencial en todas las políticas públicas en las que tenga incidencia y su priorización sobre cualquier otro interés, principalmente de carácter comercial y económico; el deber del Estado de garantizar su financiamiento oportuno, regular y suficiente proveniente de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado; y el deber del Estado a impulsar la participación de la sociedad en el cuidado de la salud individual.

---

<sup>4</sup> Informe para el primer debate de la Asamblea Nacional del Proyecto de Código Orgánico de salud. 2017

2. El ejercicio del derecho a la salud que incluye el acceso universal de la población a la atención de salud, permanente, oportuno, continuo, eficaz, eficiente y ajustado a los principios bioéticos universales.
3. Los derechos de los grupos de atención prioritaria.
4. Los derechos de información, participación y control social de todas las personas.
5. La facultad de las autoridades competentes del Estado para dictar medidas que aseguren la sostenibilidad del financiamiento en salud, sin contrariar el principio de gratuidad.
6. El enfoque de atención integral e integrada que orientará a las Políticas Públicas hacia la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la recuperación, la rehabilitación y los cuidados paliativos y de largo plazo.
7. La obligatoriedad de la articulación y coordinación institucional para la implementación de las políticas públicas y su gestión con el objeto de garantizar el derecho a la salud.
8. El impulso a la participación de la sociedad en su conjunto.

En cuanto al tema de la gratuidad, ACHPE comparte este principio orientado a toda persona que resida en el territorio nacional, incluyendo al extranjero con residencia en nuestro país que no pueda sufragar los gastos de su atención de salud. También considera conveniente que la Autoridad Sanitaria Nacional, ASN, tenga la potestad para definir una tarifa específica al ingreso por vía aérea para extranjeros que ingresen al país con el objeto de financiar posibles atenciones en salud.

Al analizar los principios establecidos en el Título Preliminar, ACHPE considera necesario incluir la autodeterminación del paciente y por lo tanto recomienda que éste sea reconocido también como un deber del Estado.

En consecuencia, ACHPE considera de fundamental importancia que este Proyecto de Ley reconozca la decisión de un segmento de la población de nuestro país, a atenderse en las instituciones privadas de salud. Por lo tanto proponemos modificar los artículos 2 y 5, al mismo tiempo que destacamos la importancia del contenido del artículo 9.

### **3. Propuesta de ACHPE**

**Artículo 2. Principios, criterios y enfoques.-** Para la aplicación del presente Código regirán los principios de: universalidad, equidad, gratuidad, precaución, gradualidad, igualdad, no discriminación, sostenibilidad, suficiencia, bioética, transparencia, solidaridad y autodeterminación del paciente; y los criterios de: calidad, calidez,

eficiencia, eficacia, responsabilidad, y participación; con enfoque basado en los derechos humanos, interculturalidad, género y generacional. En el marco de lo previsto en la Constitución de la República.

**Artículo 5. Deber del Estado.-** El Estado garantizará a todas las personas y, de modo especial, a los grupos de atención prioritaria, el derecho a la salud y a la atención integral e integrada que incluirá el acceso a medicamentos y al uso racional de los mismos.; lo incorporará obligatoriamente como componente esencial en todas las políticas públicas en las que tengan incidencia; y, lo priorizará sobre cualquier otro interés, principalmente de carácter comercial y económico. Su financiamiento será oportuno, regular y suficiente, y provendrá de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado y de otras previstas en las leyes.

La atención integral e integrada en la Red Pública Integral de Salud se realizará bajo el principio de gratuidad, mediante el cual ninguna persona que resida en el territorio nacional realizará pagos directos por dichas atenciones en el punto de servicio. Sin contrariar el principio de gratuidad, las autoridades competentes del Estado podrán dictar medidas para asegurar la sostenibilidad del financiamiento en salud.

Las situaciones y condiciones consideradas problemas de salud pública o de interés nacional requieren de una atención integral, que incluya la prevención de sus riesgos y abarque soluciones de orden educativo, sanitario, social y psicológico, privilegiando los derechos fundamentales garantizados por la Constitución.

Será responsabilidad del Estado impulsar la participación de la sociedad en el cuidado de la salud individual y colectiva; garantizar la autodeterminación del paciente y, establecer mecanismos de veeduría y rendición de cuentas en las instituciones públicas y privadas involucradas.

**Artículo 9. Información suficiente y autonomía de voluntad.-** Toda persona tiene derecho a recibir personalmente o a través de sus familiares o de la persona que ejerza su representación legal, asesoría e información clara, oportuna, suficiente y completa de su condición de salud y su proceso de atención; y, a elegir libremente entre las opciones que le presente el o la profesional de la salud para tratar su caso; elección que incluye el negarse a recibir atención, procedimiento, diagnóstico, conocimiento del diagnóstico, la presentación de su caso fuera del ámbito diagnóstico, tratamiento, intervención quirúrgica o cualquier procedimiento relacionado a su salud.

## **LIBRO I: SISTEMA NACIONAL DE SALUD.**

Para los miembros de ACHPE, en este Libro, adquieren especial importancia los siguientes artículos:

## ARTÍCULO 36.

### 1. Texto del COS.

**“Artículo 36. Consejo Consultivo.-** La Autoridad Sanitaria Nacional para la definición y evaluación de la política nacional de salud, cuando considere necesario, convocará a un Consejo Consultivo de asesoría técnica en el que participarán los representantes de la Red Pública Integral de Salud y otros que determine la o el ministro sectorial”.

### 2. Apreciación de ACHPE.

En el Estatuto de régimen jurídico administrativo de la Función Ejecutiva ERJAFE se establece:

**“Consejo Consultivo.-** Instancia de estricto carácter consultivo y de obligatoria convocatoria institucional, en el momento de la definición y la evaluación de la política pública de las carteras de Estado. Tendrán representación amplia y plural de la sociedad civil, y no contarán con recursos públicos para su funcionamiento”.

En el mismo estatuto se lee:

**“Consejo.-** Cuerpo colegiado conformado por representantes del Estado y de la sociedad civil que tiene por finalidad la de dictar políticas y regulaciones sobre un ámbito de política pública determinado. Solo podrán ser creados por Ley. Exceptúese de esta disposición al Consejo Nacional de la Administración Pública”.

ACHPE considera en primera instancia que el Consejo Consultivo propuesto en el artículo 36 del COS debe guardar coherencia con la definición del Consejo Consultivo definido en el ERJAFE. Queremos hacer notar que el Consejo Consultivo propuesto en el COS estará integrado por los representantes de la Red Pública Integral de Salud, mientras el del ERJAFE establece que tendrá representación amplia y plural de la sociedad civil.

ACHPE reconoce la importancia de la Red Pública Integral de Salud, sin embargo considera que el artículo 36 del COS al establecer que solamente ésta tendrá representación expresa en el Consejo Consultivo, producirá un efecto desfavorable en la relación horizontal que debe existir entre los actores del Sistema Nacional de Salud, al mismo tiempo que deja a la discrecionalidad del Ministro de turno la convocatoria de otros integrantes. ACHPE cree que esto no contribuye a la institucionalidad de un espacio de trabajo de los actores involucrados en la construcción del Sistema Nacional de Salud. Consideramos que es muy importante la estructuración del Consejo con instituciones cuyo trabajo esté vinculado con los determinantes de la salud y cuya contribución sea de carácter eminentemente técnico.

ACHPE considera de suma importancia que la instancia que reemplace al CONASA, con el nombre que se le quiera dar debe mantener su naturaleza: un organismo de amplia participación con voz y voto, de las Instituciones que brindan atención de salud ya sean públicas o privadas, Ministerios que trabajan sobre los determinantes de salud, Academia, Sociedades Científicas; organizadas en Comisiones y teniendo participación en el Directorio del Consejo. Las comisiones técnicas integradas por profesionales de dichas instancias con amplio conocimiento y experiencias concretas, mantuvieron un permanente trabajo, estuvieron lideradas por el MSP y apoyadas por el equipo técnico del CONASA lo que comprometió un financiamiento público determinado.

ACHPE considera que la naturaleza del actual CONASA constituye un importante aporte al Sistema Nacional de Salud. La conservación de dicha naturaleza enriquecerá las definiciones de Política Pública, puede tener repercusiones positivas en la gestión de las instituciones que brindan atención de salud y en aquellas vinculadas al sector como las Universidades, Sociedades Científicas y, contribuir significativamente a la articulación y coordinación de los integrantes del Sistema Nacional de Salud actualmente muy fragmentado y segmentado. Sugerimos analizar si el Consejo debería tener carácter nacional, zonal y distrital.

Adicionalmente, creemos que mantener la naturaleza del CONASA concederá un respaldo sólido a las decisiones que adopte la Autoridad Sanitaria Nacional puesto que éstas estarían soportadas en alianzas estratégicas y acuerdos con los diversos actores integrados en el Consejo lo que finalmente constituiría un gran aporte al robustecimiento de la rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional y a la gobernanza del Sistema Nacional de Salud.

Por lo antes expuesto, creemos que el artículo 36 debe recoger elementos de las definiciones de “Consejo Consultivo” del COS y del ERJAFE y, del “Consejo” del ERJAFE.

### **3. Propuesta de ACHPE.**

**Artículo 36. Consejo de Salud.-** El Consejo será un organismo técnico, de trabajo permanente y amplia participación conformado por instituciones de la Red Pública Integral de Salud, de la Red Complementaria de Salud, Academia, Sociedades Científicas y otras instituciones públicas que determine la Autoridad Sanitaria Nacional, cuyo trabajo esté vinculado a los determinantes de salud.

El Consejo de Salud se organizará en Comisiones de conformidad a sus necesidades, contará con financiamiento estatal y tendrá entre sus competencias asesorar a la Autoridad Sanitaria Nacional en la definición, monitoreo y evaluación de la Política Pública de Salud.

## ARTÍCULO 48.

### 1. Texto del COS.

**“Artículo 48. Obligaciones de los prestadores para la derivación.-** Los establecimientos de salud públicos y los privados, debidamente calificados por los integrantes de la Red Pública Integral de Salud, no podrán negar la atención de salud a pacientes derivados por dicha red y tendrán la obligación de recibir a los pacientes derivados de forma oportuna, garantizando la calidad de la atención en salud. La Autoridad Sanitaria Nacional emitirá la normativa para sufragar el pago por los servicios brindados.

Las instituciones de la Red Pública Integral de Salud deberán destinar los recursos para la derivación de sus pacientes, garantizando la sostenibilidad financiera de los establecimientos de salud involucrados”.

### 2. Apreciación de ACHPE.

El artículo 48 establece la obligatoriedad de atención a los pacientes derivados por las instituciones de la Red Pública Integral de Salud, RPIS, a las casas de salud de la Red Privada Complementaria y los referidos desde una institución de la Red Pública a otra de la misma Red. De acuerdo a este artículo, la derivación y referencia ya no sólo es obligatoria en el caso de pacientes en situación de emergencia. Esto se alinea con el Acuerdo Ministerial 0050-2017 que reforma al Acuerdo 5310-2015<sup>5</sup> y que establece que para la atención de urgencias y emergencias ya no es necesario el convenio o contrato, bastará con la calificación/acreditación del MSP, IESS, ISSFA o ISSPOL y a falta de ésta, con el permiso de funcionamiento vigente.

Los miembros de ACHPE acatan lo normado en el artículo 48 del COS desde la posición ética y profesional de respeto a los derechos humanos y al juramento hipocrático y, con base en el reconocimiento del rol que debe jugar la Autoridad Sanitaria. Sin embargo consideran que lo dispuesto debe sustentarse en la corresponsabilidad de las instituciones que derivan y reciben pacientes, en línea con lo normado por la ASN en cuanto a derivación de pacientes. Por lo tanto sostienen que junto a la obligatoriedad de atender a los pacientes referidos desde la RPIS a la Red Complementaria así como entre las instituciones de la RPIS, debe establecerse la obligatoriedad del reconocimiento económico debido y oportuno por los servicios brindados.

ACHPE solicita a la Autoridad Sanitaria hacer un espacio para analizar el proceso de auto sustentación de las instituciones privadas de salud. Estas no basan su accionar en

---

<sup>5</sup> El acuerdo 5310 suscrito por la Ministra de Salud, Carina Vance el 28 de Octubre de 2015, publicó la Norma Técnica denominada “Procedimiento de evaluación, selección, calificación y adquisición de servicios de salud de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria”.

ningún presupuesto externo, todo lo que realizan o incrementan en la ejecución de su actividad es producto de su mismo proceso de producción. Esta realidad exige que los ingresos y egresos guarden la debida coherencia en cuanto a montos como a tiempos de realización. El retraso de las instituciones de la RPIS para realizar sus pagos a las instituciones de la Red Complementaria, produce un desequilibrio, pues los egresos superan los ingresos. Generalmente, frente a esta situación, las instituciones de salud privada contratan créditos a corto plazo con un costo financiero que no es asumido por las instituciones en las que se origina el atraso sino por las clínicas, hospitales y centros especializados privados. Una consecuencia inmediata es el retraso a su vez, de los pagos que éstas deben hacer a los profesionales de salud y a proveedores. El retraso de los pagos por parte de las instituciones de la RPIS genera una espiral que puede adquirir proporciones peligrosas ya que atenta contra la estabilidad del sector privado de salud.

Otro tema importante a considerar en el proceso de derivación es la existencia de un segmento de la población ecuatoriana que por propia decisión opta por atenderse en el sector privado de salud. Por lo tanto el requerimiento de atención y específicamente de camas tiene dos orígenes: la demanda de la Red Pública Integral de Salud y la demanda directa de los pacientes privados. Esta es una situación que debe ser tomada en cuenta durante el proceso de derivación puesto que igual valor y derecho tienen los pacientes de la RPIS que los pacientes privados.

Por lo anteriormente expuesto y toda vez que la ASN es el ente rector de la Política de Salud en el País y por ende vela por las dos redes que conforman el SNS, ACHPE solicita a la ASN, vigilar para que ambas Redes asuman con igual empeño sus responsabilidades y derechos. Por lo tanto plantea que a la obligatoriedad de la atención se sume una contrapartida para el incumplimiento del debido y oportuno pago y que se establezcan los criterios necesarios para asegurar los mejores acuerdos en la derivación. Además, ACHPE solicita a la Autoridad Sanitaria Nacional que resguarde la sustentabilidad de ambas redes, el debido acuerdo y el pago oportuno para los servicios brindados. Esto debería ser parte de la Norma de Relacionamiento actual o del Reglamento del COS que se construya para el efecto.

### **3. Propuesta de ACHPE.**

**Artículo 48. Obligaciones de los prestadores para la derivación.-** Los establecimientos de salud públicos y privados, debidamente calificados por los integrantes de la Red Pública Integral de Salud, no podrán negar la atención de salud a pacientes derivados por dicha red y tendrán la obligación de recibir a los pacientes derivados de forma oportuna, garantizando la calidad de la atención en salud. La Autoridad Sanitaria Nacional será responsable de asegurar la sustentabilidad y el acuerdo de las partes en la derivación de pacientes y al efecto emitirá la normativa para asegurar el debido acuerdo y el pago oportuno por los servicios brindados.

Las instituciones de la Red Pública Integral de Salud deberán destinar los recursos para la derivación de sus pacientes, garantizando la sostenibilidad financiera de los establecimientos de salud involucrados”.

## **ARTÍCULO 49.**

### **1. Texto del COS.**

**“Artículo 49. Tarifario de Prestaciones.-** La Autoridad Sanitaria Nacional expedirá el Tarifario Nacional de Prestaciones, que será elaborado en coordinación con todas las instituciones de la Red Pública Integral de Salud, que servirá como instrumento para establecer el reconocimiento económico de los servicios de salud brindados por instituciones públicas entre sí y para la compra de servicios de éstas a entidades privadas. Para el efecto referido, el Tarifario Nacional de Prestaciones será de cumplimiento obligatorio por parte de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud”.

### **2. Apreciación de ACHPE.**

ACHPE considera que la estabilidad y sustentabilidad del Sistema Nacional de Salud, SNS y en consecuencia de las dos Redes que lo conforman, debe ser cuidadosamente mantenida especialmente con la intervención de la Autoridad Sanitaria Nacional. En ese contexto, ACHPE considera que la construcción y las revisiones anuales de un tarifario que rige la relación entre las dos Redes del Sistema Nacional de Salud, deben ser realizadas por representantes de ambas Redes como estuvo establecido en el Acuerdo Ministerial 00000319 publicado en el Registro Oficial 458 del 30 de Mayo de 2011, a través del cual se expidió el primer tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud. En dicho documento, en su artículo 4 se establecía para el efecto, la conformación de una Comisión Interinstitucional integrada por delegados de la Red Pública y de la Red Complementaria y en los considerandos iniciales del mencionado Acuerdo Ministerial incluso se estableció la participación de ACHPE.

La intervención de los representantes de las dos Redes es fundamental puesto que no se pueden desconocer las diferencias naturales de ambas, tales como: origen del financiamiento para el funcionamiento de las instituciones, carga tributaria, relaciones de tipo laboral con los profesionales de salud, procesos de compra de medicamentos, insumos y dispositivos médicos, procesos de recambio de tecnología, entre otros.

### **3. Propuesta de ACHPE.**

**Artículo 49. Tarifario de Prestaciones.-** La Autoridad Sanitaria Nacional expedirá el Tarifario Nacional de Prestaciones, que será elaborado en coordinación con todas las



instituciones de la Red Pública Integral de Salud y tomando en consideración las conclusiones y recomendaciones que el Consejo Consultivo y representantes de la Red Complementaria emitan al respecto. Servirá como instrumento para establecer el reconocimiento económico de los servicios de salud brindados por instituciones públicas entre sí y para la compra de servicios de éstas a entidades privadas. Para el efecto referido, el Tarifario Nacional de Prestaciones será de cumplimiento obligatorio por parte de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud.

## **ARTÍCULO 52.**

### **1. Texto del COS.**

**“Artículo 52. Regulación para la asignación y pago de obligaciones.-** La ASN definirá y normará los mecanismos de asignación de recursos a prestadores de la Red Pública Integral de Salud y a aquellos que reciban financiamiento del estado, basados en el cumplimiento de criterios, metas sanitarias y en las estrategia de sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

La Autoridad Sanitaria Nacional, también definirá y normará los mecanismos de pago de recursos por parte de las instituciones que conforman la Red Pública Integral de Salud a proveedores y prestadores públicos y privados. Asimismo, definirá los niveles de coordinación, relacionamiento, monitoreo y evaluación del gasto y financiamiento del Sistema Nacional de Salud”.

### **2. Apreciación de ACHPE.**

ACHPE destaca la importancia de robustecer el Sistema Nacional de Salud y garantizar la gobernanza del mismo. Esto amerita una relación fluida entre ambas Redes que debe sustentarse en la participación de ambas en la construcción de acuerdos, en la claridad de las directrices y normas que regulan dicha relación y el cumplimiento de los compromisos establecidos por parte de la Red Pública y de la Red Complementaria.

Los miembros de ACHPE acatan las disposiciones de la ASN encaminadas a garantizar la calidad de la atención y la seguridad del paciente, aquellas destinadas a alcanzar un adecuado relacionamiento entre ambas redes y también entienden la importancia de garantizar la sostenibilidad del SNS.

Sin embargo, consideran que en el primer párrafo cuando en su parte pertinente se dispone: “y a aquellos que reciban financiamiento del estado” debe tenerse en cuenta que no se está incluyendo a las instituciones de la Red Complementaria, a las que el Estado realiza un pago en calidad de contraprestación por los servicios de atención a pacientes derivados desde la Red Pública Integral de Salud. En tal virtud dichos pagos

no pueden ser considerados como financiamiento de la actividad de éstas instituciones.

En el segundo párrafo de este artículo deben precisarse las obligaciones de la Red Pública frente a la falta de observación de los mecanismos y tiempos de pago vinculados a los procesos de auditoría y pago por la atención de pacientes derivados desde la RPIS a la Red Complementaria. Esto constituye un factor determinante de la estabilidad de la Red Complementaria y en consecuencia, del SNS.

La complementariedad de ambas Redes y el cumplimiento por parte de todos, de los compromisos establecidos en las leyes, normas y disposiciones emitidas por la Autoridad Sanitaria es fundamental para la gobernanza del Sistema Nacional de Salud.

### **3. Propuesta de ACHPE.**

**“Artículo 52. Regulación para la asignación y pago de obligaciones.-** La Autoridad Sanitaria Nacional definirá y normará los mecanismos de asignación de recursos a prestadores de la Red Pública Integral de Salud y a aquellos que reciban financiamiento del estado, basados en el cumplimiento de criterios, metas sanitarias y en las estrategias de sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

La Autoridad Sanitaria Nacional, también definirá y normará los mecanismos de pago de recursos por parte de las instituciones que conforman la Red Pública Integral de Salud a proveedores y prestadores públicos y privados. Los mecanismos de pago de obligaciones deberán ser oportunos, a fin de asegurar la sostenibilidad y el adecuado funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, así como la calidad de la atención y la seguridad del paciente. Asimismo, definirá los niveles de coordinación, relacionamiento, monitoreo y evaluación del gasto y financiamiento del Sistema Nacional de Salud”

### **ARTÍCULO 53.**

#### **1. Texto del COS.**

**“Artículo 53. Administración de los recursos de salud del Presupuesto General del Estado.-** El ministerio sectorial encargado de la salud pública creará dentro de su estructura, la instancia encargada de organizar y mancomunar los recursos provenientes del Presupuesto General del Estado para salud, su gestión, seguimiento y control, con el fin de garantizar el financiamiento continuo, solidario, suficiente y sostenible del conjunto de prestaciones integrales de salud, en cumplimiento de la normativa que la Autoridad Sanitaria Nacional dicte para el efecto. Los recursos del

presupuesto general del estado que se destinen al pago de los aportes patronales, no se considerarán para efectos de la aplicación del presente artículo”.

## **2. Apreciación de ACHPE.**

ACHPE considera que los objetivos del modelo de financiamiento que pueden resumirse en la garantía de la cobertura universal y el acceso efectivo y gratuito (con la consideración de las páginas 9 y 10) de la población a la atención de salud, son coherentes con la Constitución Ecuatoriana y la Declaración de los Derechos Humanos y, en consecuencia los comparte. Sin embargo considera que el logro de estos objetivos amerita que desde la ASN se defina en este proyecto de Ley y/o en el Reglamento respectivo (a ser construido por el Ejecutivo en un plazo de 180 días a partir de la publicación en el Registro Oficial), con claridad la obligatoriedad del financiamiento público del Sistema Nacional de Salud, con visión contra cíclica. Es decir que en cualquier situación de estrechez fiscal, se plantee ahorro en los demás sectores pero nunca en salud.

Para el efecto debe existir absoluta objetividad al momento de establecer el presupuesto público de salud a ser financiado por el Presupuesto General del Estado. ACHPE considera que éste debe elaborarse con base en un proceso de programación por resultados, de acuerdo al perfil epidemiológico, las demandas de la población y el Modelo de Atención vigente. También deben considerarse los mecanismos de financiamiento para el sector y la RPIS, los métodos de asignación y pagos a proveedores públicos y privados, los mecanismos que contribuyan a la eficiencia técnica y distributiva de los recursos en salud. Finalmente todo el proceso de programación por resultados debe incluir una propuesta de monitoreo, evaluación de la inversión estatal y rendición de cuentas.

Por otro lado, es necesario considerar que la prioridad de la Atención Primaria de Salud, (establecida en este proyecto de Ley), especialmente en el primer nivel de atención, sin desconocer la importancia de éste en los niveles 2do y 3ro, requerirá de una alta inversión inicial que a la postre va a redundar en mejores condiciones de vida de la población, disminución de las enfermedades crónicas y por ende debería producir una reducción del costo de la atención curativa.

Las medidas propuestas contribuirán a mejorar la atención de la población y van a permitir avanzar en el logro de los objetivos del Modelo de financiamiento: la cobertura universal y el acceso efectivo y gratuito de la población, en forma progresiva, a la atención de salud.

### 3. Propuesta de ACHPE.

**Artículo 53. Administración de los recursos de salud del Presupuesto General del Estado.-** El ministerio sectorial encargado de la salud pública creará dentro de su estructura, la instancia encargada de programar, organizar y mancomunar los recursos provenientes del Presupuesto General del Estado para salud, su gestión, seguimiento, control y evaluación por resultados, con el fin de garantizar el financiamiento continuo, solidario, suficiente y sostenible del conjunto de prestaciones integrales de salud de acuerdo al Modelo de Atención vigente y en cumplimiento de la normativa que la Autoridad Sanitaria Nacional dicte para el efecto. El rubro del Presupuesto General del Estado, destinado al Sistema Nacional de Salud, se incrementará cada año en un porcentaje no inferior al 0,5% del PIB hasta alcanzar al menos el 4% del PIB<sup>6</sup>.

Los recursos del presupuesto general del estado que se destinen al pago de los aportes patronales, no se considerarán para efectos de la aplicación del presente artículo.

### ARTÍCULO 72.

#### 1. Texto del COS.

**“Artículo 72. Responsabilidad por desviaciones del Sistema de salud.-** Para efectos de la aplicación del régimen sancionatorio previsto en este Código no constituirán faltas administrativas la prolongación de la estancia hospitalaria, lesiones, incapacidad o muerte cuando provengan de circunstancias no previsibles o que pudiendo preverse no se puedan evitar, o cuando se deban a complicaciones derivadas del curso natural de la enfermedad o condición de salud.

No serán atribuibles a los profesionales, técnicos y tecnólogos en salud, las faltas administrativas derivadas de circunstancias independientes o conexas producto de las falencias en el establecimiento prestador de servicios de salud que causen prolongación innecesaria de la estancia hospitalaria, lesiones, incapacidad o muerte.

Los establecimientos prestadores de servicios de salud y los empleados, funcionarios o trabajadores administrativos de dichos establecimientos, directamente responsables de la falencia técnica o administrativa que cause los daños previstos en este inciso, serán sancionados conforme lo dispuesto en este Código.”

---

<sup>6</sup> Disposición transitoria XXII de la Constitución del Ecuador.

## **2. Apreciación de ACHPE.**

ACHPE considera que previo a la determinación de la responsabilidad producto de falencias técnicas o administrativas de las instituciones que brindan servicios de salud y que pudiesen motivar la aplicación de sanciones, se debe garantizar el principio de inocencia y se debe establecer un procedimiento que garantice el derecho a la defensa, así como al debido proceso en instancia administrativa.

## **LIBRO II. CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD.**

### **ARTÍCULO 75.**

#### **1. Texto del COS.**

**“Artículo 75. Ámbito de aplicación.-** El cuidado integral de la salud comprende todos los servicios y prestaciones de salud en promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos. Las normas que emita la Autoridad Sanitaria Nacional para garantizar la calidad, el respeto a las personas en su diversidad y su entorno y la participación ciudadana serán de cumplimiento obligatorio en todos los establecimientos de salud del territorio ecuatoriano. Todos los prestadores de salud deberán facilitar y coordinar la continuidad de la atención del paciente”.

#### **2. Apreciación de ACHPE.**

Los miembros de ACHPE están comprometidos con el hecho de facilitar y coordinar la continuidad de la atención del paciente privado y de aquel que sea derivado por la Red Pública. Sin embargo creen que en el artículo 75 debe establecerse que esto requiere la observación de lo normado por la Autoridad Sanitaria Nacional para el proceso de relacionamiento entre la RPIS y la Red Complementaria, especialmente lo dispuesto en la Norma Técnica 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.

#### **3. Propuesta de ACHPE.**

**Artículo 75. Ámbito de aplicación.-** El cuidado integral de la salud comprende todos los servicios y prestaciones de salud en promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos. Las normas que emita la Autoridad Sanitaria Nacional para garantizar la calidad, el respeto a las personas en su diversidad y su entorno y la participación ciudadana serán de cumplimiento

obligatorio en todos los establecimientos de salud del territorio ecuatoriano. Todos los prestadores de salud deberán facilitar y coordinar la continuidad de la atención del paciente, en estricta observancia de las normas que la Autoridad Sanitaria Nacional dicte para el efecto.

## **ARTÍCULO 227.**

### **1. Texto del COS**

**“Artículo 227. Listas nacionales de medicamentos y dispositivos médicos.-** La Autoridad Sanitaria Nacional periódicamente, al menos una vez cada dos años, elaborará y revisará la lista nacional de medicamentos esenciales y su registro terapéutico y, la lista nacional de dispositivos médicos esenciales, en base a la mejor evidencia científica, al perfil epidemiológico, criterios de costo – beneficio, calidad, efectividad, entre otros. Dichas listas serán obligatorias para la adquisición y uso obligatorio en la Red Pública Integral de Salud y para los prestadores de servicios de salud que reciban financiamiento del estado. En casos excepcionales, debidamente justificados, la Autoridad Sanitaria Nacional podrá autorizar la adquisición de medicamentos o dispositivos médicos no contemplados en las listas mencionadas”.

### **2. Apreciación de ACHPE.**

ACHPE considera que debe mantenerse el carácter obligatorio de la lista de Medicamentos esenciales pero no debe darse el mismo trato a la lista de dispositivos médicos. ACHPE considera que la lista que forma parte del Acuerdo Ministerial 0000113 suscrito por la Ministra Margarita Guevara el 11 de Octubre de 2016, es una Lista de tipo general, toda vez que resulta casi imposible listar todos los dispositivos que puedan ser usados en todas las instituciones de salud y en la atención de todos los pacientes del país en su conjunto.

ACHPE sustenta este criterio en lo siguiente:

- ✓ Los dispositivos médicos que puedan usarse por cada una de las especialidades, son innumerables.
- ✓ Dentro de cada especialidad, el número y tipo de los dispositivos va a depender de la técnica que utilice cada especialista.
- ✓ Los dispositivos que se usan en cada institución están vinculados con la tecnología disponible en cada institución. ACHPE considera que es muy difícil homologar las tecnologías.

Por lo antes expuesto, ACHPE considera que cada profesional de la salud debería poder utilizar los dispositivos médicos que considere necesarios, de acuerdo a los protocolos y guías médicas siempre que éstos hayan cumplido con los requisitos de registrabilidad exigidos por la Autoridad Sanitaria y en concordancia con los estándares de tecnología y calidad.

### **3. Propuesta de ACHPE.**

**Artículo 227. Lista nacional de medicamentos.-** La Autoridad Sanitaria Nacional periódicamente, al menos una vez cada dos años, elaborará y revisará la lista nacional de medicamentos esenciales y su registro terapéutico, en base a la mejor evidencia científica, al perfil epidemiológico, criterios de costo - beneficio, calidad, efectividad, entre otros. Dicha lista será obligatoria para la adquisición y uso en la Red Pública Integral de Salud, en aquellas que reciban financiamiento del estado y para los prestadores de la Red Complementaria de salud cuando atiendan a los pacientes derivados por la Red Pública Integral de Salud. En casos excepcionales, debidamente justificados, la Autoridad Sanitaria Nacional podrá autorizar la adquisición de medicamentos no contemplados en la lista mencionada.

## **ARTÍCULO 246.**

### **1. Texto del COS.**

**Artículo 246. Establecimientos farmacéuticos.-** La Autoridad Sanitaria Nacional, habilitará y reconocerá para su funcionamiento en el territorio nacional, a los establecimientos farmacéuticos y de dispositivos médicos, entendiéndose por tales: los laboratorios farmacéuticos, productores de dispositivos médicos, casas de representación farmacéutica o de dispositivos médicos, distribuidoras farmacéuticas o de dispositivos médicos, empresas de logística y almacenamiento de medicamentos o dispositivos médicos públicos o privados.

### **2. Propuesta de ACHPE.**

**Artículo 246. Establecimientos farmacéuticos.-** La Autoridad Sanitaria Nacional, habilitará y reconocerá para su funcionamiento en el territorio nacional, a los establecimientos farmacéuticos y de dispositivos médicos, entendiéndose por tales: los laboratorios farmacéuticos, productores de dispositivos médicos, casas de representación farmacéutica o de dispositivos médicos, distribuidoras farmacéuticas o de dispositivos médicos, empresas de logística y almacenamiento de medicamentos o dispositivos médicos públicos o privados.

Ningún establecimiento farmacéutico, productor o distribuidor de medicamentos y dispositivos médicos, laboratorio o similares, así como sus accionistas, podrán ser dueños, en todo o parte, directa o indirectamente, de instituciones que brinden servicios de salud dentro del Sistema Nacional de Salud.

### **LIBRO III. RÉGIMEN DE CONTROL Y SANCIÓN EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.**

Este libro otorga a la ASN los instrumentos para una adecuada respuesta institucional y para el control efectivo de los prestadores de servicios de salud al mismo tiempo que robustece la capacidad sancionadora de la Autoridad Sanitaria. En síntesis este libro otorga a la ASN las facultades de regulación, control y potestad sancionadora.

ACHPE considera que debe estudiarse con profundidad las funciones que este Proyecto de Ley ha asignado a la Autoridad Sanitaria. Sin embargo y con el deseo de contribuir al análisis del COS antes de su aprobación en la Asamblea Nacional, dejamos planteada nuestra preocupación sobre la cantidad y magnitud de funciones concentradas en la ASN a través de este Proyecto de Ley.

ACHPE apoyará siempre la función Rectora de la ASN. La Asociación comparte el criterio que la Rectoría en Salud es: “el ejercicio de las responsabilidades y competencias sustantivas de la política pública en salud que le son propias e indelegables en el contexto del nuevo esquema de relaciones entre gobierno sociedad en el Estado moderno; es una competencia del gobierno, y la ejerce la Autoridad Sanitaria Nacional”<sup>7</sup>.

ACHPE también reconoce que especialmente dos dimensiones: (i) conducción sectorial y (ii) regulación y fiscalización, constituyen ejes básicos de la Rectoría en Salud. ACHPE concuerda con la OPS y USAID en que el resultado de la conducción es “una propuesta política técnicamente consistente, socialmente ética y estratégicamente viable”<sup>8</sup>. La dimensión de regulación y fiscalización entendida como la capacidad de generar normas, garantizar su aplicación efectiva y control y, fiscalizarlas, es otro eslabón fundamental de la Rectoría en Salud. Todo esto con el objeto de garantizar el acceso universal progresivo y equitativo a la atención en salud.

“En suma, el gran reto está en plantearse la rectoría como función de gobierno y alta dirección, y dirigir los esfuerzos de fortalecimiento al desarrollo de sus funciones de planificación, financiamiento, asignación, desarrollo de recursos, gestión del conocimiento y gerencia pública”<sup>9</sup>.

---

<sup>7</sup> USAID/OPS. La función rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional en acción: lecciones aprendidas en conducción y regulación. Washington D.C., Septiembre de 2007.

<sup>8</sup> IBID

<sup>9</sup> IBID.



En consecuencia, ACHPE considera que para poder cumplir el rol de velar por la salud de la población, la Autoridad Sanitaria Nacional debe ejercer efectivamente la rectoría en Salud. Para ello consideramos adecuado mantener especialmente el ejercicio de la capacidad conductora y de regulación-fiscalización y analizar si la prestación de servicios de salud debe ubicarse en otra institución cuya adscripción o no al MSP, pueda ser estudiada con la profundidad que esta decisión amerita.

## TITULO I

### RÉGIMEN DE CONTROL SANITARIO.

En el Título I se establece la creación de entidades técnicas adscritas a la ASN con autonomía administrativa, económica y financiera a las que ésta delegará las facultades de regulación técnica, control sanitario, control de la calidad en el cuidado y atención integral de los servicios de salud.

#### ARTÍCULO 279.

##### **1. Texto del COS.**

**“Artículo 279. Medidas preventivas, de protección y cautelares.-** La Autoridad Sanitaria Nacional, a través de la entidad adscrita correspondiente, para proteger la salud de la población, evitar que se causen o continúen causando riesgos o daños a la salud, tendrá facultad para dictar una o más medidas preventivas sanitarias, que serán de inmediata ejecución, la adopción de estas medidas se sujetará al procedimiento administrativo especial previsto en la Ley de la materia, aplicable a este tipo de trámite. Son medidas preventivas sanitarias las siguientes:

1. Disponer medidas de seguridad cuando se presenten situaciones de potencial riesgo para la salud pública; así como dictar otras medidas en aplicación del Reglamento Sanitario Internacional para evitar la propagación internacional de enfermedades transmisibles;
2. Suspensión temporal de la habilitación para el funcionamiento de establecimientos prestadores de servicios de salud y establecimientos sujetos a control y vigilancia sanitaria;
3. Suspensión temporal, total o parcial de actividades de establecimientos prestadores de servicios de salud y establecimientos sujetos a vigilancia y control sanitario;

4. Suspensión temporal de la habilitación para la producción, importación, exportación, almacenamiento, transporte, distribución, comercialización, dispensación y expendio de bienes y productos de uso y consumo humano;
5. Suspensión de promoción y publicidad en materia de salud;
6. Inmovilización, aislamiento de bienes, productos o sustancia;
7. Las demás medidas provisionales de protección o cautelares establecidas en la Ley.

Cuando se dispusiere la suspensión de certificados de buenas prácticas se dispondrá, además, la inmovilización de los bienes y productos.

Las medidas preventivas sanitarias que se dicten, serán esencialmente revocables por la autoridad que las dictó, o por las autoridades del régimen sanitario competentes, previo informe de inspección o verificación, cuando no exista sustento comprobado o cuando hayan desaparecido las causas o los efectos dañosos a la salud humana que motivaron su adopción. Dichas autoridades tendrán facultad, además, para ratificar las medidas preventivas dictadas o disponer otras de las señaladas, que consideren necesarias cuando corresponda”.

## **2. Apreciación de ACHPE.**

ACHPE considera que este artículo debe ser cuidadosamente analizado y aplicado para que las medidas preventivas, de protección y cautelares que puedan dictarse en contra de las instituciones que brindan servicios de salud sean procedentes. La Autoridad Sanitaria Nacional, al ejecutar una medida cautelar debe tener la plena certeza basada en indicios comprobables que le permitan presumir que en el caso concreto se establece la medida preventiva con el fin de privilegiar la vida y la salud sobre otros derechos. Si los indicios no permiten llegar a esta conclusión, la Autoridad Sanitaria Nacional estaría generando un daño injustificado a los administrados.

## **3. Propuesta de ACHPE.**

**“Artículo 279. Medidas preventivas, de protección y cautelares.-** La Autoridad Sanitaria Nacional, a través de la entidad adscrita correspondiente, para proteger la salud de la población, evitar que se causen o continúen causando riesgos o daños a la salud, tendrá facultad para dictar una o más medidas preventivas sanitarias, que serán de inmediata ejecución, la adopción de estas medidas se sujetará al procedimiento administrativo especial previsto en la Ley de la materia, aplicable a este tipo de trámite. Son medidas preventivas sanitarias las siguientes:

1. Disponer medidas de seguridad cuando se presenten situaciones de potencial riesgo para la salud pública; así como dictar otras medidas en aplicación del Reglamento Sanitario Internacional para evitar la propagación internacional de enfermedades transmisibles;
2. Suspensión temporal de la habilitación para el funcionamiento de establecimientos prestadores de servicios de salud y establecimientos sujetos a control y vigilancia sanitaria;
3. Suspensión temporal, total o parcial de actividades de establecimientos prestadores de servicios de salud y establecimientos sujetos a vigilancia y control sanitario;
4. Suspensión temporal de la habilitación para la producción, importación, exportación, almacenamiento, transporte, distribución, comercialización, dispensación y expendio de bienes y productos de uso y consumo humano;
5. Suspensión de promoción y publicidad en materia de salud;
6. Inmovilización, aislamiento de bienes, productos o sustancia;
7. Las demás medidas provisionales de protección o cautelares establecidas en la Ley.

Cuando se dispusiere la suspensión de certificados de buenas prácticas se dispondrá, además, la inmovilización de los bienes y productos.

Las medidas preventivas sanitarias que se dicten, serán esencialmente revocables por la autoridad que las dictó, o por las autoridades del régimen sanitario competentes, previo informe de inspección o verificación, cuando no exista sustento comprobado o cuando hayan desaparecido las causas o los efectos dañosos a la salud humana que motivaron su adopción. Dichas autoridades tendrán facultad, además, para ratificar las medidas preventivas dictadas o disponer otras de las señaladas, que consideren necesarias cuando corresponda”. Las autoridades competentes serán a su vez responsables por los daños que generen sus acciones u omisiones producto de las decisiones adoptadas.

## TÍTULO II

### CONTROL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

#### ARTÍCULO 291.

##### **1. Texto del COS.**

**“Artículo 291. Obligaciones de los establecimientos prestadores de servicios de salud.-** Serán obligaciones de los establecimientos prestadores de servicios de salud las siguientes:

1. Atender sin discriminación de ningún tipo a las personas que requieran de su cuidado;
2. Recibir y atender a pacientes en situación de emergencia, conforme lo dispuesto en este Código;
3. Priorizar la atención integral a los grupos vulnerables y víctimas de violencia, evitando la re victimización y precautelando la protección de los derechos humanos;
4. Contar con la habilitación sanitaria para garantizar la calidad de la atención integral de salud de los pacientes, conforme este Código y demás normativa aplicable;
5. Observar obligatoriamente los protocolos, manuales, guías y demás normativa que dicte la Autoridad Sanitaria Nacional para su funcionamiento.
6. Receptar obligatoriamente el consentimiento informado en la forma prevista en esta Ley;
7. Custodiar y resguardar las historias clínicas, conforme la normativa que se dicte para el efecto;
8. Notificar a la entidad adscrita correspondiente competente en materia de donación y trasplantes, cuando se identifiquen potenciales donantes;
9. Entregar los elementos básicos de trabajo y seguridad para el ejercicio del arte, oficio o profesión del talento humano en salud.
10. Evitar actividades innecesarias y brindar la protección adecuada que pongan en riesgo teratogénico a cualquier persona;

11. Someterse a la evaluación y autorización de la Autoridad Sanitaria Nacional para la incorporación de nuevas tecnologías sanitarias, las cuales deberán resguardar la efectiva y eficiente inversión de los recursos, cuando se trate de establecimientos prestadores de servicios de salud pertenecientes a la Red Pública Integral de Salud;
12. Notificar a la Autoridad Sanitaria Nacional, de manera previa a la destrucción y eliminación de medicamentos caducados, cuando se trate de establecimientos prestadores de servicios de salud privados;
13. Las demás previstas en este Código.

Se prohíbe a los establecimientos y profesionales de la salud la promoción publicitaria de cirugías y procedimientos estéticos dirigidos a menores de edad y su promoción con el empleo de imágenes de niños, niñas y adolescentes.

Los establecimientos prestadores de servicios de salud serán corresponsables civilmente, sin perjuicio de las demás responsabilidades que determine la ley respecto de las actuaciones de los profesionales de la salud que laboran en ellos”.

## **2. Apreciación de ACHPE.**

ACHPE considera que se debe tomar en cuenta que tanto la Constitución ecuatoriana como la Convención Interamericana de Derechos Humanos y la Jurisprudencia existente en nuestro país han determinado que la responsabilidad por un delito o una falta o contravención es esencialmente personal. Para que exista corresponsabilidad de alguna otra persona sea ésta natural o jurídica, se debe determinar que las acciones u omisiones de esta última, actuaron en sintonía con las acciones punibles de la primera.

## **3. Propuesta de ACHPE.**

**“Artículo 291. Obligaciones de los establecimientos prestadores de servicios de salud.-** Serán obligaciones de los establecimientos prestadores de servicios de salud las siguientes:

1. Atender sin discriminación de ningún tipo a las personas que requieran de su cuidado,
2. Recibir y atender a pacientes en situación de emergencia, conforme lo dispuesto en este Código;

3. Priorizar la atención integral a los grupos vulnerables y víctimas de violencia, evitando la re victimización y precautelando la protección de los derechos humanos;
4. Contar con la habilitación sanitaria para garantizar la calidad de la atención integral de salud de los pacientes, conforme este Código y demás normativa aplicable;
5. Observar obligatoriamente los protocolos, manuales, guías y demás normativa que dicte la Autoridad Sanitaria Nacional para su funcionamiento.
6. Receptar obligatoriamente el consentimiento informado en la forma prevista en esta Ley;
7. Custodiar y resguardar las historias clínicas, conforme la normativa que se dicte para el efecto;
8. Notificar a la entidad adscrita correspondiente competente en materia de donación y trasplantes, cuando se identifiquen potenciales donantes;
9. Entregar los elementos básicos de trabajo y seguridad para el ejercicio del arte, oficio o profesión del talento humano en salud.
10. Evitar actividades innecesarias y brindar la protección adecuada que pongan en riesgo teratogénico a cualquier persona;
11. Someterse a la evaluación y autorización de la Autoridad Sanitaria Nacional para la incorporación de nuevas tecnologías sanitarias, las cuales deberán resguardar la efectiva y eficiente inversión de los recursos, cuando se trate de establecimientos prestadores de servicios de salud pertenecientes a la Red Pública Integral de Salud;
12. Notificar a la Autoridad Sanitaria Nacional, de manera previa a la destrucción y eliminación de medicamentos caducados, cuando se trate de establecimientos prestadores de servicios de salud privados;
13. Las demás previstas en este Código.

Se prohíbe a los establecimientos y profesionales de la salud la promoción publicitaria de cirugías y procedimientos estéticos dirigidos a menores de edad y su promoción con el empleo de imágenes de niños, niñas y adolescentes.

### **TÍTULO III**

#### **COMPETENCIA, FALTAS ADMINISTRATIVAS Y RÉGIMEN SANCIONADOR.**

En el Título III se establece la competencia para determinar responsabilidades por faltas administrativas por parte de las personas naturales o jurídicas sujetas a control y la potestad para sancionarlas. Se establecen las instancias para la determinación y sanción de faltas administrativas; se identifican las faltas administrativas: leves, graves y muy graves y se establece la sanción y, las sanciones para reincidencia y el destino de las multas.

#### **ARTÍCULO 298.**

##### **1. Texto del COS.**

**Artículo 298. Sanciones.-** Las sanciones a imponerse en sede administrativas son:

1. Multa;
2. Suspensión temporal o definitiva de la habilitación para la producción, importación, almacenamiento, comercialización, distribución, expendio o dispensación de bienes y productos de uso y consumo humano;
3. Suspensión temporal o definitiva de actividades de los establecimientos;
4. Suspensión temporal de la habilitación de los establecimientos;
5. Decomiso;
6. Suspensión temporal de la licencia;
7. Clausura.

Estas sanciones se aplicarán sin perjuicio de acciones judiciales a que hubiere lugar.

##### **2. Apreciación de ACHPE.**

Es importante tomar en consideración que para la aplicación de la sanción administrativa, se deben agotar todas las instancias dentro de la administración y garantizar el principio de inocencia y de derecho a la defensa de la persona imputada. En tal sentido, las penas deben ser aplicadas luego de agotado el debido proceso dentro de la administración pública.