

No. 00037-2020

EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO

- Que,** la Constitución de la República del Ecuador, en su artículo 3, numeral 1, manda que es 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;
- Que,** la citada Constitución de la República, en el artículo 32, ordena que la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, 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;
- Que,** el artículo 35 de la Norma Suprema dispone que: *"Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad."*;
- Que,** la Constitución de la República, en el artículo 50, determina que el Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente;
- Que,** el Sistema Nacional de Salud garantizará a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. La Red Pública Integral de Salud será parte del Sistema Nacional de Salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad, según lo previsto en el artículo 360 de la Ley Orgánica de Salud;
- Que,** el artículo 361 de la Norma *Ibidem* establece que el Estado ejercerá la rectoría del Sistema Nacional de Salud a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, quien será la 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,** la Carta Fundamental, en el artículo 366 preceptúa: *"El financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente, y deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado. Los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de salud. (...)."*;

- Que,** la Ley Orgánica de Salud, en el artículo 3, prevé: *"La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables."*
- Que,** el artículo 4 de la Ley Orgánica de Salud establece que la Autoridad Sanitaria Nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectora en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de dicha Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia son obligatorias;
- Que,** la referida Ley Orgánica de Salud, en el artículo 6, establece entre las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública: *"(...) 2. Ejercer la rectoría del Sistema Nacional de Salud; 3. Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares; (...) 5-A.- Dictar, regular y controlar la correcta aplicación de la normativa para la atención de patologías consideradas como enfermedades catastróficas, así como, dirigir la efectiva aplicación de los programas de atención de las mismas; (...) 34. Cumplir y hacer cumplir esta Ley, los reglamentos y otras disposiciones legales y técnicas relacionadas con la salud, así como los instrumentos internacionales de los cuales el Ecuador es signatario. (...)."*
- Que,** el artículo 7 de la Ley Orgánica de Salud señala: *"Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos: a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud; (...)."*
- Que,** el artículo 9 de la Ley Ibídem determina que corresponde al Estado garantizar el derecho a la salud de las personas, para lo cual tiene, entre otras, las siguientes responsabilidades: *"(...) e) Establecer a través de la autoridad sanitario nacional, los mecanismos que permitan a la persona como sujeto de derechos, el acceso permanente e ininterrumpido, sin obstáculos de ninguna clase a acciones y servicios de salud de calidad; (...)."*
- Que,** la Ley Orgánica de Salud, en el Capítulo III-A respecto a las enfermedades catastróficas, raras o huérfanas, dispone: *"Art. ...(1).- El Estado ecuatoriano reconocerá de interés nacional a las enfermedades catastróficas y raras o huérfanas; y, a través de la autoridad sanitaria nacional, implementará las acciones necesarias para la atención en salud de las y los enfermos que las padezcan, con el fin de mejorar su calidad y expectativa de vida, bajo los principios de disponibilidad, accesibilidad, calidad y calidez; y, estándares de calidad, en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, habilitación y curación. Las personas que sufran estas enfermedades serán consideradas en condiciones de doble vulnerabilidad."*
- Que,** el artículo 2 del citado Capítulo III-A de la Ley Orgánica de Salud, establece: *"Son obligaciones de la autoridad sanitaria nacional: (...) b) Promover, coordinar y desarrollar, conjuntamente con organismos especializados nacionales e internacionales públicos y privados, investigaciones para el estudio de las enfermedades raras o huérfanas y catastróficas con la finalidad de favorecer diagnósticos y tratamientos tempranos en pro de*

una mejor calidad y expectativa de vida. En aquellos, casos en los que al Sistema Nacional de Salud le resulte imposible emitir el diagnóstico definitivo de una enfermedad, la autoridad sanitaria nacional implementará todas las acciones para que estos casos sean investigados en instituciones internacionales de la salud con la finalidad de obtener el diagnóstico y tratamiento correspondiente. (...).";

- Que,** el Código Orgánico Administrativo determina: *"Art. 130.- Competencia normativa de carácter administrativo. 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 esta 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,** mediante Decreto Ejecutivo No. 1018 expedido el 21 de marzo de 2020, publicado en el Suplemento del Registro Oficial No. 195 de 4 de mayo de 2020, el Presidente Constitucional de la República designó al doctor Juan Carlos Zevallos López como Ministro de Salud Pública;
- Que,** a través de Acuerdo Ministerial No. 4194 publicado en la Edición Especial del Registro Oficial No. 119 de 08 de abril de 2014, se expidió la *"Norma Técnica para la Derivación y Financiamiento de Cobertura Internacional para la Atención Integral de Salud de Usuarios con Enfermedades Catastróficas"*, instrumento que tiene por objeto: *"Establecer los procedimientos a seguir para derivar a un usuario con una condición catalogada como catastrófica según la normativa vigente, para recibir un tratamiento médico especializado en el exterior, una vez se hayan agotado las posibilidades dentro del territorio nacional; y para financiar los gastos generados en la atención de salud en el exterior, así como los gastos complementarios absolutamente necesarios (transporte, alojamiento, alimentación) del usuario (receptor y donante en caso de trasplantes) y un acompañante.";*
- Que,** con Acuerdo Ministerial No. 00002710 de 28 de diciembre de 2012, publicado en el Registro Oficial No. 874 de 18 de enero de 2013, se conformó el Comité Técnico de Gestión de Pacientes de Enfermedades Catastróficas de la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, encargado de analizar y resolver cuáles casos clínicos presentados y verificados deben ser tratados dentro o fuera del país;
- Que,** es competencia de la Autoridad Sanitaria Nacional emitir directrices claras para la derivación internacional a usuarios/pacientes que lo requieran, por medio de los prestadores de la Red Pública Integral de Salud-RPIS;
- Que,** el informe técnico No. DNARPCS-INF-2020-0021 de 17 de abril de 2020, elaborado por la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, aprobado por el Subsecretario Nacional de Gobernanza de la Salud y por el Director Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, concluye que *"El proceso de derivación internacional permite mejorar y agilizar los trámites administrativos, en beneficio de los usuarios/pacientes que requieren de dicha prestación. Siendo un elemento clave, el corrector cumplimiento y ejecución de lo detallado en la propuesta del Reglamento.";* y,

00037-2020

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Que, con memorando No. MSP-VGVS-2020-0734-M de 04 de junio de 2020, el Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud, remite a la Coordinación General de Asesoría Jurídica el referido informe técnico y solicita se realicen los trámites necesarios para expedir el presente Acuerdo Ministerial.

EN EJERCICIO DE LA ATRIBUCION CONCEDIDA EN EL ARTICULO 154 NUMERAL 1 DE LA CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR Y 130 DEL CÓDIGO ORGÁNICO ADMINISTRATIVO

ACUERDA:

EXPEDIR EL REGLAMENTO PARA LA DERIVACIÓN DE USUARIOS/PACIENTES HACIA PRESTADORES INTERNACIONALES DE SERVICIOS DE SALUD

**CAPÍTULO I
DEL OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACION**

Art. 1.- Objeto.- El presente Reglamento tiene por objeto establecer el procedimiento para la derivación de usuarios/pacientes hacia prestadores internacionales de servicios de salud, el pago económico por la atención en salud brindada y la entrega de recursos económicos para gastos complementarios.

Art. 2.- Ámbito de aplicación.- Las disposiciones de este Reglamento son de cumplimiento obligatorio para la Red Pública Integral de Salud – RPIS (financiadores/aseguradores y establecimientos de salud).

**CAPÍTULO II
DE LOS REQUISITOS PARA LA DERIVACIÓN DE PACIENTES**

Art. 3.- Requisitos del usuario/paciente.- Para que un usuario/paciente pueda ser derivado a un prestador internacional de servicios de salud, debe cumplir los siguientes requisitos:

- a) Ser ecuatoriano o extranjero legalmente residente en el Ecuador;
- b) Ser beneficiario de la cobertura de la institución de la RPIS que solicita la derivación;
- c) Tener una condición de salud catastrófica o de alta complejidad, con un requerimiento médico de alta resolución, solicitado por un establecimiento de salud de la institución financiadora/aseguradora de la Red Pública Integral de Salud, que tenga evidencia científica de efectividad terapéutica; y
- d) Que el procedimiento médico solicitado para el usuario/paciente, no se realice en ningún establecimiento del Sistema Nacional de Salud del Ecuador.

Art. 4.- Casos de excepción.- No serán sujetos de cobertura internacional los siguientes casos:

- a) Usuario/paciente que no presente una enfermedad catastrófica o no requiera tratamiento de alta complejidad;
- b) Usuario/paciente con una enfermedad catastrófica o de alta complejidad, con solicitud de exámenes y procedimientos médicos con el objetivo de confirmar un diagnóstico, mismos que pudieran realizarse a través de la compra de servicios a un prestador internacional por intermedio de un prestador nacional, con base en la Norma Técnica Sustitutiva de

4

Dirección: Av. Quitumbe Ñan y Amaru Ñan, Plataforma Gubernamental
de Desarrollo Social Código Postal: 170146 / Quito Ecuador
Teléfono: 593-2-3814-400 - www.salud.gob.ec

Lenin



EL GOBIERNO
DE TODOS

S

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 vigente;

- c) Usuario/paciente con solicitud de un procedimiento médico que no tenga evidencia científica de efectividad terapéutica y/o se encuentre en fase experimental;
- d) Usuario/paciente con solicitud de un procedimiento de cirugía plástica con fin estético -cosmético;
- e) Usuario/paciente auto derivado a un establecimiento de salud en el exterior, que no realizó el proceso establecido en la presente normativa;
- f) Cualquier gasto que no corresponda a la prestación por la que se deriva;
- g) Trámites de repatriación de cadáveres en el caso de fallecimiento del paciente, su acompañante o el donante, cuando se trate de donante vivo.

CAPÍTULO III DE LA DOCUMENTACION PROBATORIA

Art. 5.- Establecimiento de salud de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y de la Red Privada Complementaria (RPC) (especialidades y/o especializado).- La máxima autoridad del establecimiento de salud remitirá a la institución de la RPIS que brinda cobertura al usuario/paciente de donde fue derivado (MSP, IESS, ISSFA, ISSPOL), en el término de ocho (8) días contados a partir de la identificación de la necesidad del paciente, la solicitud de análisis para derivación internacional, adjuntando la siguiente documentación:

- a) Información médica del usuario/paciente (historia clínica e informes médicos).
- b) Resultados actualizados de los exámenes complementarios al diagnóstico, realizados al usuario/paciente; su período de validez será de hasta treinta (30) días, dependiendo de la patología (se remitirán copias de los estudios en CD y en físico).
- c) En caso de trasplante, se deberá remitir la información médica actualizada de la valoración de los posibles donantes, de acuerdo al tipo de donación a realizar.
- d) Consulta de cobertura de salud, para identificar la institución financiadora/aseguradora.
- e) Informe de verificación de que el procedimiento médico solicitado, no se realice en ningún establecimiento de salud del Sistema Nacional de Salud.

Art.6.- Instancias encargadas de realizar el proceso.- Las instancias encargadas en la institución financiadora/aseguradora de las RPIS, para realizar el proceso establecido en el presente Reglamento, son las siguientes:

1. Dirección General del Seguro de Salud Individual y Familiar: Usuario/paciente con cobertura IESS.
2. Dirección del Seguro de Salud: Usuario/paciente con cobertura ISSFA.
3. Dirección de Prestaciones: Usuario/paciente con cobertura ISSPOL.
4. Ministerio de Salud Pública (Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud): Usuario/paciente sin cobertura de ningún asegurador.

Art. 7.- Proceso a seguir en la institución financiadora/aseguradora.- En el término de tres (3) días contado a partir de la recepción del expediente, el responsable de la unidad administrativa de la institución que realizará el proceso de la derivación internacional de usuarios/pacientes, deberá verificar que la información presentada por el establecimiento de salud cumpla los requisitos

establecidos en el presente Reglamento y procederá con la coordinación respectiva para la convocatoria y realización del Comité.

Art. 8.- Devolución de trámite.- La devolución del expediente se realizará en los siguientes casos:

1. Si la documentación remitida estuviere incompleta.
2. Si se identifica existencia de capacidad resolutoria en los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud.

De existir demoras administrativas (expediente incompleto/desactualizado e inconsistencia en la solicitud) que incida en la oportuna atención que requiere el usuario/paciente, se procederá con el llamado de atención al representante legal del establecimiento de salud, a efectos de que se impongan las sanciones que correspondan de acuerdo con la ley.

CAPÍTULO IV DE LA CREACIÓN Y ATRIBUCIONES DEL COMITÉ NACIONAL INSTITUCIONAL DE DERIVACION INTERNACIONAL A USUARIOS/PACIENTES

Art. 9.- Creación.- Cada institución financiadora/aseguradora conformará un Comité Nacional Institucional de Gestión para Análisis de Derivación Internacional a Usuarios Pacientes, de pacientes bajo su cobertura.

Art. 10.- Conformación del Comité Nacional Institucional. - El Comité Nacional Institucional de Gestión para Análisis de Derivación Internacional a Usuarios Pacientes en cada institución estará conformado por:

- a) La máxima autoridad de la institución que brinda cobertura al usuario/paciente (MSP, IESS, ISSFA; ISSPOL) o su delegado oficial, quien cumplirá las funciones de Presidente y actuará con voz y voto dentro del Comité, teniendo además el voto dirimente;
- b) Un/a responsable de la unidad administrativa de la institución que realizará el proceso de la derivación internacional o su delegado oficial permanente, quien cumplirá las funciones de Secretario/a y actuará con voz;
- c) Un/a delegado/a del área financiera de la institución o su delegado oficial permanente, con voz y voto;
- d) El responsable de los Prestadores de Servicios de Salud de la institución o su delegado oficial permanente, quien actuará en calidad de participante y tendrá voz y voto;
- e) El/la Director/a Ejecutivo/a del Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células – INDOT o su delegado oficial permanente, quien actuará con voz y voto, en casos de trasplantes;
- f) El/la médico tratante del usuario/paciente que solicita la derivación internacional, de manera virtual o presencial, quien actuará en calidad de invitado y presentará el caso; tendrá únicamente voz;
- g) Uno o dos médicos especialistas, dependiendo de la necesidad del caso, del Sistema Nacional de Salud, con delegación oficial por cada caso, los que tendrán especialidad afín al diagnóstico que se analice, quienes actuarán con voz y voto.

De considerarse necesario, la Secretaría del Comité convocará a otros profesionales que aporten en

el análisis del caso y tendrán únicamente voz.

Art. 11.- Atribuciones del Comité Nacional Institucional de Gestión para Análisis de Derivación Internacional a Usuarios Pacientes.- Serán atribuciones del Comité las siguientes:

- a) Analizar técnica y éticamente la información de los expedientes que correspondan a solicitudes de usuarios/pacientes que requieran derivación hacia prestadores internacionales de servicios de salud, en el marco de la normativa vigente;
- b) Emitir una resolución fundamentada sobre la solicitud de la derivación de los usuarios/pacientes hacia prestadores internacionales de servicios de salud, con sus respectivas recomendaciones, según la pertinencia;
- c) Mantener la confidencialidad de la información de cada caso analizado;
- d) Concurrir de manera obligatoria a las reuniones ordinarias y extraordinarias;
- e) Cumplir con las disposiciones emitidas por el Comité.

Art. 12.- Atribuciones de la Presidencia del Comité Nacional Institucional.- Serán atribuciones de la Presidencia las siguientes:

- a) Presidir las reuniones ordinarias y extraordinarias;
- b) Convocar, a través de la Secretaría a las reuniones del Comité;
- c) Remitir toda la información requerida por la Autoridad Sanitaria Nacional en el marco de sus competencias, sobre la ejecución del Comité Nacional Institucional.

Art. 13.- Atribuciones de la Secretaría.- La Secretaría del Comité Nacional Institucional tendrá las siguientes atribuciones:

- a) Coordinar y convocar, por disposición de la Presidencia del Comité, a las reuniones ordinarias y extraordinarias del Comité, especificando lugar, fecha y hora en la convocatoria;
- b) Para reuniones ordinarias, convocar con al menos cinco (5) días laborables de anticipación al día de la reunión, a los miembros permanentes y a los expertos del Sistema Nacional de Salud, afines a cada caso;
- c) Para las reuniones extraordinarias, se deberá convocar inmediatamente a los miembros permanentes y a los expertos requeridos para el análisis;
- d) Preparar el orden del día para el análisis de casos específicos dentro del Comité;
- e) Remitir la información médica del caso a los especialistas invitados;
- f) Constatar el quórum;
- g) Redactar el acta de las reuniones desarrolladas por el Comité;
- h) Mantener ordenados los documentos del Comité y la base de datos de los casos analizados, con la respectiva resolución;
- i) Elaborar oficialmente el informe técnico de cada caso, mencionando la resolución fundamentada del Comité;
- j) Comunicar al usuario/paciente o a sus familiares la resolución del Comité y el trámite administrativo correspondiente.

Art. 14.- Funcionamiento del Comité Nacional Institucional de Gestión para Análisis de Derivación Internacional a Usuarios Pacientes.- El Comité se reunirá una vez al mes de manera ordinaria, siempre que exista al menos un caso para su análisis; y, de manera extraordinaria, cuando

sea necesario previa convocatoria de la Presidencia.

Para las reuniones del Comité se deberá contar con la presencia de por lo menos tres de sus miembros facultados para votar, entre los cuales estará de manera obligatoria el Presidente o su delegado.

Las actas de las reuniones serán suscritas por todos los miembros del Comité, con voz y/o voto que analizaron cada caso.

Art. 15.- De las resoluciones del Comité Nacional Institucional.- La resolución favorable de derivación del usuario/paciente hacia prestadores internacionales de servicios de salud, se adoptará con la votación positiva de la mitad más uno de los miembros del Comité con derecho a voto; en caso de empate, el voto del Presidente y/o su delegado será el dirimente.

En casos aprobados, en el término de tres (3) días posteriores a la realización del Comité, la Secretaría elaborará oficialmente y por escrito el informe técnico de cada caso, con la resolución del Comité, para suscripción de la Presidencia; instancia que en un tiempo no mayor a dos (2) días laborables, remitirá al responsable de la unidad administrativa de la institución que realizará el proceso de la derivación internacional y al área responsable de relaciones internacionales, en caso de tener una, a fin de establecer el relacionamiento y la respectiva consulta a prestadores internacionales de salud.

Los casos no aprobados se remitirán únicamente al responsable de la instancia de la derivación internacional, para la notificación y devolución del expediente al establecimiento de salud, para cumplimiento de las recomendaciones emitidas por el Comité y garantizar la continuidad de la atención del usuario/paciente en el país.

Art. 16.- De la metodología del análisis de casos.- Todas las reuniones del Comité Nacional Institucional de Gestión para Análisis de Derivación Internacional a Usuarios Pacientes, deben seguir el siguiente proceso:

- a) Constatación de quórum;
- b) Presentación del orden del día;
- c) Presentación del caso por parte del especialista que solicita la derivación;
- d) Criterio del/los especialistas invitados;
- e) Análisis por parte de todos los miembros;
- f) Pronunciamiento y resolución fundamentada de cada caso;
- g) Suscripción del acta.

Art. 17.- De los casos emergentes.- Cuando un usuario/paciente que requiera derivación internacional se encuentre en situación de riesgo vital, el proceso deberá gestionarse inmediatamente a la recepción de la solicitud, cumpliendo los mismos criterios, documentos habilitantes y procedimientos descritos; se realizará una reunión extraordinaria del Comité Nacional Institucional de Derivación Internacional a Usuarios Pacientes.

CAPITULO V DE LA DOCUMENTACION PARA LA DERIVACION

Art. 18.- Documentos habilitantes a entregar por parte del usuario/paciente o su representante legal.- Una vez aprobada la derivación hacia prestadores internacionales de servicios de salud, el usuario/paciente o representante legal deberá presentar la siguiente documentación:

- a) Copia de cédula de identidad (usuario/paciente, acompañante y donante vivo, de ser el caso);
- b) Copia del pasaporte vigente (usuario/paciente y acompañante y donante vivo, de ser el caso);
- c) Certificado bancario original a nombre del usuario/paciente, en caso de personas mayores de edad; en caso de menores de edad, el certificado bancario deberá ser a nombre de su representante legal, cuenta en la que se acreditarán los recursos económicos correspondiente a los gastos complementarios para su subsistencia en el exterior;
- d) Planilla de un servicio básico del lugar de residencia del usuario/paciente o su representante legal;
- e) Pagaré firmado por el usuario/paciente o su representante legal (en caso de ser menor de edad) y su garante, por el valor total de los gastos complementarios a ser entregado para la cobertura internacional, a nombre del financiador, como garantía del buen uso de los recursos económicos por asignar;
- f) Copia de cédula de identidad y planilla de servicio básico del garante que suscribe el pagaré;
- g) Información digitalizada de los datos del usuario/paciente, acompañante, donante vivo de ser caso y garante, que contenga lo siguiente: nombres completos, números de cédula de identidad, dirección de residencia, teléfonos de contacto y correos electrónicos.

Y previo al traslado al exterior el usuario/paciente o representante legal deberá entregar:

- a) Copia de la visa para ingreso al país de destino (usuario/paciente y acompañante y donante vivo, de ser el caso, si el país de destino le solicita).
- b) En caso de menores de edad que viajen solamente con padre o madre, copia del permiso de salida, debidamente notariado.
- c) Seguro de salud para viaje al exterior para el usuario/paciente, acompañante y donante de ser caso, durante el tiempo de estancia en el país asignado para el procedimiento médico, lo que brindará cobertura médica ante cualquier emergencia no vinculada con el procedimiento médico del usuario/paciente o situación médica del acompañante y/o donante vivo.

CAPÍTULO VI DE LA CONSULTA Y SELECCIÓN DE PRESTADORES INTERNACIONALES DE SERVICIOS DE SALUD EN CASOS APROBADOS

Art. 19.- Proceso de consulta a prestadores internacionales.- Cada institución dispondrá de una lista de prestadores internacionales de servicios de salud, a los cuales, en el término de dos (2) días posterior a la recepción del informe técnico con resolución de aprobado, solicitará información sobre la posibilidad de atención de salud del usuario/paciente y la proforma respectiva.

Los prestadores internacionales de servicios de salud interesados en dar atención al paciente, emitirán una respuesta a la institución que realizó la consulta, en la cual deberá incluir:

- a) Precio del procedimiento médico ofertado;
- b) Detalle de las inclusiones y exclusiones del procedimiento médico, consideradas en el precio ofertado;
- c) Estadía promedio para el procedimiento médico;
- d) Período de validez de la propuesta económica;
- e) Recomendación de procedimientos alternativos al solicitado, según pertinencia del caso;
- f) Plan de seguimiento en el establecimiento de salud en el exterior, posterior al procedimiento médico propuesto;
- g) Experiencia en la realización del procedimiento médico.

De no obtener respuesta en el término de diez (10) días, por parte de los prestadores consultados, se realizará una insistencia esperando tres (3) días laborales para la recepción de las respuestas.

En caso de persistir la no respuesta de prestadores internacionales, se procederá a una nueva ronda de consultas a nuevos prestadores en el término de diez (10) días, buscando garantizar la atención de los casos aprobados para derivación internacional.

La falta de pronunciamiento por parte del prestador de servicios de salud internacional consultado se considerará como respuesta negativa.

De contar únicamente con respuestas negativas, se notificará oficialmente al establecimiento de salud, las acciones realizadas en el proceso de consulta y se solicitará continuar con la atención médica integral del paciente, en el país.

Art. 20.- De la elección de los prestadores internacionales.- Una vez cumplido el tiempo de consulta a prestadores internacionales de servicios de salud, el responsable de la unidad administrativa de la institución que realizará el proceso de la derivación internacional de la institución financiadora/aseguradora y de ser pertinente el médico tratante del paciente, en el término de tres (3) días, analizarán las propuestas recibidas para el procedimiento médico del usuario/paciente y seleccionarán al prestador internacional más adecuado para atender el requerimiento del paciente, observando siempre la integralidad y oportunidad de la atención.

En caso de contar con dos propuestas de similares características, para la selección se escogerá la mejor oferta económica emitida por el prestador internacional.

El resultado de la designación de un prestador internacional para atención de un usuario/paciente, se remitirá al área financiera de la institución, incluyendo la proforma respectiva, con la finalidad de garantizar los pagos, tanto del procedimiento médico como de gastos complementarios, para la subsistencia en el exterior para un paciente, un acompañante y el donante vivo, si el caso lo amerita.

CAPÍTULO VII

DEL PROCESO PARA FINANCIAMIENTO DE COBERTURA INTERNACIONAL

Art 21.- Responsabilidad de financiamiento del procedimiento médico y de los gastos complementarios.- Cada institución miembro de la Red Pública Integral de Salud, será el responsable del financiamiento del procedimiento médico presupuestado inicialmente por el prestador, así como las atenciones adicionales por complicaciones médicas que no fueron contempladas en la proforma inicial. Además, estará a cargo del cálculo y entrega de los recursos

económicos para los gastos complementarios en el exterior del paciente, acompañante y donante vivo, de ser el caso, durante el tiempo de estancia en el exterior.

Art. 22.- De la cobertura integral de salud.- En caso de que el paciente necesite de esta cobertura integral, se asignarán los recursos al prestador internacional de servicios de salud para la cobertura de gastos médicos que implique el procedimiento médico del paciente, alojamiento, alimentación, movilización interna en el país a donde será derivado el paciente, donante y su acompañante. En caso de requerir transporte medicalizado, su rubro también será cubierto.

Art. 23.- De la cobertura exclusiva de salud.- Se asignarán los recursos al prestador de salud en el exterior para la cobertura de gastos médicos que implique el procedimiento médico del usuario/paciente exclusivamente; y, donante vivo si se encuentra en relación al procedimiento realizado.

Art. 24.- Gastos complementarios.- En caso de que el prestador internacional oferte exclusivamente cobertura de salud, se asignarán los recursos económicos al usuario/paciente mayor de edad o su representante legal, para subsistencia del usuario/paciente, acompañante y donante vivo, de ser caso.

Los montos para gastos complementarios requeridos durante su tiempo de estancia en el exterior, serán entregados directamente al paciente o su representante legal, para su administración y posterior justificación del buen uso de los recursos económicos, con facturas o documentos tributarios debidamente gestionados.

Dichos recursos podrán ser utilizados en: alojamiento, alimentación, movilización interna en el país al cual fue derivado el usuario/paciente y otros gastos necesarios y concordantes con el propósito de subsistencia de acuerdo al artículo 31 del presente Reglamento.

Para la asignación de los recursos económicos para gastos complementarios, el cálculo se realizará tomando en cuenta la estadía promedio programada, según el plan terapéutico propuesto por el prestador, de acuerdo con el "Reglamento para el pago de viáticos y subsistencias en el exterior, para las y los servidores y obreros públicos del Ecuador", expedido por el Ministerio del Trabajo mediante Acuerdo Ministerial 00051 de 21 de febrero de 2011, o mediante la normativa que estuviere vigente a la fecha del análisis anteriormente enunciado; con base en el rango del servidor público del 1 al 6 de las escalas de 20 grados.

En casos de tratamientos que requieran larga estancia, los gastos complementarios asignados para el usuario/paciente, acompañante y donante en caso de trasplante, serán determinados para el cálculo por un período máximo de hasta sesenta (60) días calendario, sin afectación si este fuese gastado en un rango mayor de tiempo.

Art. 25.- Del contrato de buen uso de los recursos económicos asignados para gastos complementarios.- Previo a la entrega de los recursos económicos asignados para gastos complementarios, se deberá suscribir un contrato de buen uso de los recursos económicos entre la institución financiadora de la derivación internacional y el usuario/paciente, o representante legal o apoderado, instrumento en el que se establecerá la obligatoriedad de hacer buen uso de los recursos económicos asignados, conforme lo descrito en los artículos anteriores, así como la responsabilidad

00037-2020

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

de justificar los gastos incurridos mediante facturas, tickets o recibos y realizar la devolución de saldos no utilizados o no justificados posterior a su retorno al Ecuador.

En caso de una segunda entrega de recursos económicos, se deberá realizar una modificación del contrato inicial y respaldar la nueva entrega de recursos con un pagaré actualizado a la fecha, por el valor total de acuerdo al nuevo cálculo.

Art. 26.- Entrega de ampliación de los recursos económicos por concepto de gastos complementarios.- De prolongarse la estancia del usuario/paciente, acompañante y donante vivo en el exterior por causa del procedimiento médico y los recursos económicos entregados al usuario/paciente, su representante legal o apoderado para gastos complementarios se han terminado, se deberá realizar una liquidación total de los recursos entregados inicialmente, para proceder a una nueva asignación de recursos para gastos complementarios, cumpliendo con lo establecido en el presente Reglamento.

Art. 27.- Movilización al país de derivación.- Cada institución tendrá la obligación de cubrir la movilización (boletos aéreos ida y retorno) al país de derivación del usuario/paciente, acompañante y donante vivo.

CAPÍTULO VIII DEL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES DERIVADOS

Art. 28.- Seguimiento durante el procedimiento médico.- Es responsabilidad de la institución mantener comunicación constante con el prestador de servicios de salud internacional elegido para la derivación, con la finalidad de garantizar una adecuada atención del usuario/paciente en el procedimiento médico solicitado y financiado.

Art. 29.- Seguimiento pos-procedimiento médico en el Ecuador.- Al retorno del usuario/paciente la institución que derivó, tendrá la obligación de gestionar la atención integral adecuada y oportuna del mismo, en un establecimiento de salud en el país, que cuente con la capacidad de atender las necesidades que requiere el usuario/paciente, garantizando la efectividad del procedimiento médico recibido en el exterior; para lo cual se deberá solicitar al prestador internacional de servicios de salud, la información médica de seguimiento (epicrisis protocolos, notas de evolución, historia clínica, entre otros).

En caso de trasplantes se deberá coordinar directamente con el INDOT, a fin de que se determine el prestador adecuado, que cuente con acreditación, para el seguimiento del caso.

Art. 30.- Del reporte a la Autoridad Sanitaria Nacional.- El IESS, ISSFA, ISSPOL deberán emitir informes técnicos trimestrales a la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud del Ministerio de Salud Pública, que contengan información del proceso de cada usuario/paciente que ha sido derivado a un prestador internacional.

CAPÍTULO IX DE LA JUSTIFICACION DE COBERTURA DEL PROCEDIMIENTO MÉDICO Y GASTOS COMPLEMENTARIOS

Art. 31.- De los justificativos del procedimiento médico.- Una vez finalizada la atención médica al usuario/paciente, el responsable de la unidad administrativa de la institución que le derivó, solicitará al prestador internacional las facturas que justifiquen la erogación de los recursos económicos.

El área financiera de cada institución que deriva, será la instancia responsable de verificar y analizar la documentación de soporte de gastos presentados.

Art. 32.- De los justificativos de los gastos complementarios.- Al retorno del usuario/paciente al Ecuador, o en caso de requerir una ampliación de gastos complementarios, el usuario/paciente o su representante legal, deberá justificar los gastos ante la institución financiadora/aseguradora de la derivación internacional.

En el término no mayor a quince (15) días posterior al retorno del usuario/paciente, o en caso de requerir una nueva asignación de recursos económicos para gastos complementarios, deberá presentar la documentación original de contratos, facturas y/o comprobantes de compra oficial de servicios o productos a nombre del usuario/paciente o su acompañante (dependerá de la normativa tributaria de cada país), pases a bordo originales (vuelo ida y retorno) y demás documentos que respalde el uso correcto de los gastos entregados, de acuerdo a lo establecido en este Reglamento.

El área financiera de cada institución, será la instancia responsable de verificar y analizar la documentación soporte de gastos presentados, en los que se considerará los siguientes aspectos:

Alojamiento: facturas y/o comprobantes de compra de servicios de hotel, residencias, pensiones, u otra denominación que preste este servicio; o, de ser el caso, un contrato de arrendamiento de un bien inmueble, donde se indique el tiempo de vigencia y valores del contrato, adjuntando respaldo de pagos mensuales. En este rubro, se incluirá el pago por servicios básicos (luz, agua, teléfono, gas centralizado, internet).

Alimentación: facturas y/o comprobantes de compra por concepto de alimentación de la o las personas, durante su estancia en el tiempo del procedimiento médico del usuario/paciente.

Las facturas y/o comprobantes de compra de productos preparados en locales comerciales o restaurantes, deberá documentarse una por cada consumo y en caso de que se realicen compras de víveres para la preparación de los alimentos en el lugar de residencia, el gasto deberá ser contrastado con el consumo en restaurante, evitando la duplicidad en el gasto.

Transporte: facturas y/o comprobantes de compra de servicio de transporte en los distintos medios de movilización en el área donde se encuentre el prestador de servicios de salud seleccionado.

No se reconocerá el pago por arrendamiento de vehículos, combustible y mantenimiento de vehículos.

Otros: se reconocerá gastos concordantes con el fin y el propósito de la derivación internacional como: servicios de lavandería, recargas telefónicas, compra de medicamentos que cuenten con prescripción médica para el usuario/paciente y que no se encuentre incluido en el procedimiento médico (adjuntar receta médica), útiles de aseo (factura separada de productos de alimentación), menaje de casa de estricta necesidad, previa autorización del área responsable de la unidad

administrativa de la institución que realizó el proceso de derivación internacional y que brinda cobertura al usuario/paciente.

El área responsable de la unidad administrativa de la institución que realizará el proceso de la derivación internacional, solicitará un informe al prestador internacional, en el que se especifique el tiempo de estancia hospitalaria y alta definitiva del usuario/paciente y donante, hasta su retorno al Ecuador, lo que permitirá sustentar el tiempo de cobertura y los rubros para el número de personas; ya que el donante deberá retornar al Ecuador posterior al alta médica y no se podrá justificar la totalidad de los gastos si permanece en el exterior sin autorización.

Si las facturas y/o comprobantes de compra de productos y servicios son impresas en papel químico, deberá presentar una copia del documento para asegurar la legalidad y veracidad de la información.

Art. 33.- Exclusiones.- Los recursos económicos entregados por concepto de gastos complementarios, no cubrirá multas generadas por cambios de pasajes aéreos, costos por sobrepeso de equipaje, ni otros rubros no contemplados en este Reglamento, como gastos por bebidas alcohólicas, ocio (recreo, fiestas, diversión, entretenimiento, festividades, pasatiempos), compras de vestimenta, equipos tecnológicos (teléfono celular, computadoras, equipos móviles, cámaras fotográficas, accesorios y similares) o alquiler de vehículos, mantenimiento, reparaciones, ni combustible. No se cubre el costo del visado ni seguro de viaje, repatriación de cadáveres ni otros gastos.

Art. 34.- Del informe de liquidación.- Una vez analizada y verificada la documentación de justificativos de gastos complementarios, el responsable financiero de la institución que deriva, emitirá el informe de liquidación correspondiente, el cual será notificado por parte del responsable de la unidad administrativa de la institución que realizará el proceso de la derivación internacional al usuario/paciente o su representante.

Art. 35.- Del proceso legal para recuperación de valores.- En caso de existir recursos económicos no justificados, se requerirá la devolución del valor monetario correspondiente a la cuenta de la institución financiadora/aseguradora, y el responsable de la unidad administrativa de la derivación internacional, remitirá al área jurídica de la institución, la solicitud de recuperación de valores con los respaldos correspondientes.

CAPÍTULO X DE LAS DEFINICIONES Y ABREVIATURAS

Auto derivación: es cuando el usuario/paciente llega a un establecimiento de salud público o privado sin un proceso previo de derivación, sea al servicio de emergencia o al de consulta externa.

Capacidad resolutive: es el nivel de respuesta que tiene un establecimiento de salud a la demanda de atención o solución inmediata a cuadros complejos de salud de una persona o grupo de personas, con acciones integrales, inmediatas y oportunas haciendo uso de los recursos físicos y humanos debidamente calificados, quienes harán el diagnóstico y tratamiento oportuno. La capacidad resolutive se expresa en la cartera de servicios del establecimiento.

Confidencialidad: es la cualidad o propiedad de la información que asegura un acceso restringido a




la misma, solo por parte de las personas autorizadas para ello. Implica el conjunto de acciones que garantizan la seguridad en el manejo de esa información.

Derivación: es el procedimiento por el cual los prestadores de salud envían a los usuarios/pacientes de cualquier nivel de atención a un prestador externo público (Red Pública Integral de Salud) o privado (complementario) del mismo o mayor nivel de atención y/o de complejidad, cuando la capacidad instalada del establecimiento o de la entidad a la que pertenece no permite resolver el problema de salud, por la que se le envía, buscando la complementariedad de los servicios previa la autorización correspondiente.

Donante vivo: es aquella persona que, cumpliendo los requisitos establecidos en la Ley Orgánica de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células, efectúa la donación en vida de células, tejidos u órganos o parte de los mismos, cuya función sea compatible con la vida y pueda ser compensada por su organismo de forma adecuada y suficientemente segura.

Enfermedad catastrófica: son aquellas patologías de curso crónico que suponen un alto riesgo para la vida de la persona, cuyo tratamiento es de alto costo económico e impacto social y que por ser de carácter prolongado o permanente pueda ser susceptible de programación. Generalmente cuentan con escasa o nula cobertura por parte de las aseguradoras.

Evidencia científica: utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de pacientes individuales.

Prestadores internacionales de servicios de salud: son los establecimientos de salud públicos o privados, domiciliados en el exterior, que tengan capacidad resolutive sobre los casos consultados por la institución que deriva, que cumplan con los estándares de calidad de su país y que presenten los respaldos correspondientes de su cartera de servicios.

Procedimiento médico: es la operación instrumental, total o parcial, de lesiones causadas por enfermedades o accidentes, con fines diagnósticos, de tratamiento o de rehabilitación de secuelas.

Tratamiento experimental: tratamiento sin evidencia científica comprobada.

Unidad administrativa de la institución que realizará el proceso de la derivación internacional; se refiere al área responsable de cada institución financiadora/aseguradora que realizará el trámite interno correspondiente, para garantizar el acceso a la atención médica en el exterior.

IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

INDOT: Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células.

ISSFA: Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas.

ISSPOL: Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional.

MSP: Ministerio de Salud Pública.

RPC: Red Privada Complementaria

RPIS: Red Pública Integral de Salud

DISPOSICIONES GENERALES

PRIMERA.- Para el cumplimiento de lo previsto en el presente Reglamento, cada institución de la Red Pública Integral de Salud, emitirá los procedimientos administrativos internos que garanticen la atención oportuna de los beneficiarios del proceso de derivación internacional y la entrega de los estipendios económicos señalados en el presente Reglamento.

SEGUNDA.- Cada institución será la encargada de la recuperación de valores por pago a prestadores internacionales de servicios de salud o pago de gastos complementarios, a través de sus áreas correspondientes.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

PRIMERA.- En el plazo de dos (2) meses contado a partir de la fecha de publicación del presente Acuerdo Ministerial en el Registro Oficial, cada institución deberá asumir la gestión del proceso establecido en el presente Reglamento, debiendo notificar a la Autoridad Sanitaria Nacional el inicio de esta actividad.

SEGUNDA.- Mientras se cumple el plazo de dos (2) meses señalado en la disposición anterior, el Ministerio de Salud Pública continuará con el proceso de cierre de casos en proceso y gestión de nuevos casos durante la transición.

TERCERA.- Hasta que entre en vigencia el presente Acuerdo Ministerial, los casos iniciados para derivación internacional continuarán hasta su resolución con la normativa aplicable al momento de ingresada su solicitud.

DISPOSICIONES DEROGATORIAS

PRIMERA.- Deróguense todas las normas de igual o menor jerarquía que se opongan al presente Acuerdo Ministerial, expresamente el Acuerdo Ministerial No. 4194 de 3 de septiembre de 2013, publicado en la Edición Especial del Registro Oficial No. 119 de 08 de abril de 2014, a través del cual se expidió la Norma Técnica para la Derivación y Financiamiento de Cobertura Internacional para la Atención Integral de Salud de Usuarios con Enfermedades Catastróficas.

SEGUNDA.- Deróguese el Acuerdo Ministerial No. 00002710 de 28 de diciembre de 2012, publicado en el Registro Oficial No. 874 de 18 de enero de 2013, a través del cual se conformó el Comité Técnico de Gestión de Pacientes de Enfermedades Catastróficas de la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública.

00037-2020

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

DISPOSICIÓN FINAL

El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial y de su ejecución encárguese a la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud y a los miembros de la Red Pública Integral de Salud.

Dado en el Distrito Metropolitano de Quito a, **22 JUL. 2020**

J. Zevallos
Dr. Juan Carlos Zevallos
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA



	Nombre	Área	Cargo	Sign.
Revisado	Dr. Francisco Solís	Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud	Viceministro	<i>[Signature]</i>
	Mgs. Santiago Tangán	Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud	Subsecretario Encargado	<i>[Signature]</i>
	Dr. Carlos Jaramilla	Subsecretaría Nacional de Prevención de Servicios de Salud	Subsecretario	<i>[Signature]</i>
	Dra. Natalia Romero	Subsecretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública	Subsecretario	<i>[Signature]</i>
	Mgs. Gabriel Rivasoraine	Coordinación General de Asesoría Jurídica	Coordinador	<i>[Signature]</i>
	Abg. Ana Cristina Robalino	Dirección Nacional de Consultoría Legal	Directora Subagente	<i>[Signature]</i>
	Mgs. Patricia Paredes	Dirección Nacional de Normalización	Directora	<i>[Signature]</i>
	Mgs. Doris Medranda	Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud	Directora	<i>[Signature]</i>
	Dra. Elina Herrera	Dirección Nacional de Consultoría Legal	Coordinadora de Gestión Interna	<i>[Signature]</i>
Elaborado	Fco. Jacqueline Puga	Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud	Especialista	<i>[Signature]</i>