Informe Técnico No. 6 de HFS

EL REGIMEN LEGAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN ECUADOR

Por
Alberto Wray
Ivette Haboud
Elizabeth Garcia
Lucia Cordero

El Centro Sobre Derecho Y Sociedad (CIDES)
Quito, Ecuador

Presentado a:

La División de Salud
Oficina de Salud
Dependencia de Investigación y Desarrollo
Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

Junio de 1992

HEALTH FINANCING AND SUSTAINABILITY (HFS) PROJECT

ABT ASSOCIATES INC., Contratista Principal
4800 Montgomery Lane, Suite 600
Bethesda, Maryland 20814 USA
Tel: (301)913-0500 Fax: (301)652-3916
Telex: 312636

Management Sciences for Health, Subcontratista
The Urban Institute, Subcontratista

Contrato de la AID No. DPE-5974-Z-00-9026-00

INDICE

1.0. EL COBRO A LOS USUARIOS POR LOS SERVICIOS DE SALUD QUE PRESTAN LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR PUBLICO 1

1.1. Los principios constitucionales. 1
1.2. El régimen legal 2
1.3. Las regulaciones administrativas 3
1.4. Las tasas por servicios de salud 5
1.5. El régimen aplicable a las recaudaciones por servicios en el sector público 6
1.6. La contratación en el sector público 10

2.0. LOS SERVICIOS DE SALUD COMO OBLIGACION DEL ESTADO 13

2.1. La prestación estatal de servicios de salud 13
2.2. Un régimen de excepción: La Junta de Beneficencia de Guayaquil 14
2.3. Posible conversión de los hospitales del Ministerio de Salud Pública en instituciones autónomas sin fin de lucro 15
2.4. Limitaciones legales. 15
2.5. El régimen laboral. 17

3.0. CONVENIOS DE COLABORACION ENTRE EL MINISTERIO DE SALUD, LAS MUNICIPALIDADES Y OTRAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES . 21

3.1. Marco legal para la celebración de convenios entre organismos gubernamentales y no gubernamentales 21
3.2. Los convenios celebrados por el Ministerio de Salud 25
3.3. Los convenios suscritos entre el Ministerio de Salud Pública y el IESS 26
3.4. Posibilidad de que el Ministerio de Salud Pública coordine convenios de cooperación entre organizaciones no gubernamentales y comunidades locales para la prestación de todos sus servicios y programas de salud. 28

4.0. MARCO LEGAL PARA EL APOYO FINANCIERO GUBERNAMENTAL PARA SEGUROS DE SALUD PRIVADOS 30

4.1. Seguro social y seguro privado. 30
4.2. Financiamiento del seguro social. 31
4.3. Apoyo financiero gubernamental para seguros de salud privados . 31
4.4. Planes de salud con pagos anticipados 32
4.5. La tributación en los sistemas privados de seguros en salud . . 33
4.6. Planes gubernamentales de salud con pago anticipado 33
4.7. Regulaciones para la práctica médica privada dentro de planes de salud con pagos anticipados 34

5.0. ELECCION LIBRE DE PLANES DE SEGURO PRIVADO O SEGURO DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL 35

5.1. Seguridad social y seguro social 35
5.2. Posibilidades legales para elegir libremente seguros de salud privados 35
5.3. Los seguros de salud privados en los contratos colectivos . . . 36
5.4. El contrato colectivo frente a posibles cambios en la modalidad para la prestación de servicios de salud 37
5.5. Proyectos de reformas 38

6.0. LEYES Y REGLAMENTOS RELACIONADOS CON LA PRACTICA MEDICA PRIVADA. 39

6.1. Leyes sobre el ejercicio profesional. 39
6.2. Regulaciones laborales generales y tarifas de salarios 41
6.3. Tributación de los médicos que ejercen privadamente 43
6.4. Requerimientos para el funcionamiento de hospitales e institutos médicos privados (incluye especificaciones para planta física, equipo y niveles mínimos de personal). . . . 45
6.5. Valores por servicios prestados en hospitales privados 50
6.6. Derechos de aduana en equipos, medicinas y materiales médicos . 52
6.7. Control de precios de la venta de medicamentos 56

ANEXO A DETALLE DE LOS CONVENIOS SUSCRITOS POR EL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA 58

1.0. Convenios suscritos con el IESS. 58
2.0. Convenios internacionales 60
2.1. Convenios suscritos entre gobiernos 60
2.2. Convenios con organizaciones no gubernamentales 64
3.0. Convenios celebrados para la prestación de servicios de salud . 73
3.1. Convenios celebrados con entidades gubernamentales 73
3.2. Convenios celebrados con organismos no gubernamentales 82
4.0. Convenios celebrados con fines científicos y de educación. . . . 99

ANEXO B FUENTES LEGALES CONSULTADAS 103

1.0. EL COBRO A LOS USUARIOS POR LOS SERVICIOS DE SALUD QUE PRESTAN LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR PUBLICO

En este capítulo se trata lo relativo al régimen jurídico aplicable al cobro de tarifas por servicios de salud prestados por las instituciones del sector público; así como al destino y manejo de los fondos recaudados por ese concepto.

1.1. Los principios constitucionales

La Constitución garantiza a toda persona el derecho a un nivel de vida que asegure la salud, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (art.19, num.14). En la tradición constitucional ecuatoriana, una declaración de esta clase sirve para enunciar una meta hacia la cual el Estado debería orientar su acción, pero no otorga un derecho específico a los individuos en particular, a menos que se produjera un acto de poder cuyo contenido llegue a considerarse contrario al objetivo consagrado constitucionalmente[1].

No hay precedentes adecuados a partir de los cuales pudiera establecerse el criterio específico del Tribunal de Garantías Constitucionales para la aplicación del principio que se analiza. Interpretado en su estricto sentido, este precepto constitucional no consagra directamente lo que podría llamarse el derecho a la salud y a la atención médica, sino que impone como meta del Estado el mejoramiento de las condiciones de vida de los habitantes de una manera tal que su salud quede asegurada. La aplicación práctica del principio, sin embargo, conduciría a sostener que la obligación del Estado comprende la adopción de medidas destinadas a preservar la salud de los habitantes cualquiera que sea su nivel actual de vida[2].

Esta conclusión se refuerza con el contenido del número 2 del artículo 29 de la Constitución, mediante el cual se establece que la atención a la salud de la población urbana y rural, queda garantizada para todos los ecuatorianos como un derecho inherente a la seguridad social.

---

[1] Invocando el principio constitucional citado, una persona demandó ante el Tribunal de Garantías Constitucionales al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, porque al acudir al Hospital Andrade Marín no recibió atención médica adecuada y, por el contrario, se le mantuvo en sitios y condiciones inadmisibles para un establecimiento hospitalario. El Tribunal resolvió lo siguiente: "Si bien es cierto que conforme al numeral 3ro. del artículo 141 de la Constitución le compete a este Tribunal el conocimiento de las quejas que formule cualquier persona en los casos de quebrantamiento de las normas constitucionales en que se atente contra los derechos y libertades garantizados por éstas, no es menos cierto que tal facultad comprende exclusivamente a los casos en que la infracción sea el resultado de una resolución o acto de autoridad, que en el presente caso no existe"(Caso 156/86: María Esther Sampedro vs. IESS)

[2] Al resolver el caso 220/87, relacionado con la expedición del Decreto Ejecutivo 2260 mediante el cual se facilitaba la importación de alimentos gracias a la eliminación de controles administrativos, el Tribunal excitó al Ministro de Salud para que cumpla sus obligaciones constitucionales que le obligaban a velar por la vida y la salud de los habitantes. La Resolución se funda en la estimación de que al eliminarse los controles administrativos, hay más probabilidades de que los alimentos importados puedan resultar nocivos para la salud.

Aunque la disposición últimamente citada alude a la socialización de la medicina, el concepto no ha sido desarrollado normativamente, de manera que no existe una disposición constitucional que consagre la gratuidad de los servicios de salud, a la manera de las que se han contemplado para el caso de la educación[3] y la administración de justicia[4].

En consecuencia, desde el punto de vista constitucional, no hay impedimento para el establecimiento de un sistema mediante el cual se exijan pagos compensatorios por los servicios de salud que presta el Estado.

Existen, sin embargo, ciertas limitaciones constitucionales de carácter indirecto. Esto significa que un acto de autoridad mediante el cual se exija el cobro por los servicios que prestan las instituciones públicas de salud, podría, en ciertas condiciones, tornarse discutible en virtud de la aplicación, por vía de interpretación, de otros preceptos constitucionales, como por ejemplo los relativos a la igualdad, a la prohibición de tratamientos discriminatorios, así como a la proporcionalidad de las cargas que se impongan. Le correspondería entonces al Tribunal de Garantías Constitucionales[5] establecer si ese acto de autoridad contraviene o no la Constitución. El problema surge porque la generalidad de los enunciados constitucionales, deja de ordinario un amplísimo margen de apreciación discrecional y porque se trata de un organismo cuyas resoluciones obedecen con frecuencia a consideraciones que tienen que ver más con el cálculo político que con el análisis legal. De manera que, al menos potencialmente, existiría la posibilidad de que un acto de autoridad mediante el cual se establezcan tarifas para la prestación de servicios de salud, pueda llegar a ser cuestionado por el Tribunal, si la medida se considera desproporcionada para el nivel de vida de los habitantes y no cuenta con el suficiente respaldo político.

1.2. El régimen legal

El principio de la gratuidad en la prestación de los servicios de salud, no está considerado expresamente en ley alguna. Al contrario, el artículo 248 del Código de la Salud establece que tales servicios, cuando los preste el Estado, "satisfarán el pago de derechos". De este modo, a pesar de la terminología poco adecuada, jurídicamente ha quedado establecida la base legal indispensable para la determinación de una tarifa, con cuya aplicación el Estado podría exigir el pago retributivo por el servicio.

---

[3] Art. 27: La educación es deber primordial del Estado. La educación oficial es laica y **gratuita** en todos sus niveles.

[4] Art. 94: La administración de justicia es **gratuita**. La Corte Suprema expedirá la reglamentación correspondiente

[5] Las facultades del Tribunal en caso de infracciones constitucionales comprenden: a) la excitativa, que equivale a un llamado de atención para enmendar la conducta en el futuro y tiene, por lo mismo un carácter más bien preventivo; la observación, que es un requerimiento para que la autoridad o funcionario reforme o revoque el acto contrario a la Constitución y la suspensión, para el futuro, de los efectos de cualquier ley, reglamento, acuerdo o resolución que fueren inconstitucionales por el fondo o por la forma.

Conceptualmente, la retribución que pagan los usuarios por los servicios públicos prestados por el Estado, es un tributo[6] definido como tasa[7]. La Constitución establece el principio de reserva de ley para el establecimiento de tributos[8], de manera que solamente por ley, o por ordenanza municipal o provincial si se trata de materias atribuidas a la competencia de la administración seccional, podría establecerse una tasa.

En virtud de la aplicación de este principio, los establecimientos de salud constituidos jurídicamente como unidades operativas del Ministerio de Salud Pública y los que dependen de los municipios o los consejos provinciales, obedecerían en esta materia a un régimen distinto del aplicable a las unidades de salud dependientes de otros organismos del sector público, como la Junta de Beneficencia de Guayaquil, SOLCA, o la Sociedad Protectora de la Infancia. Los primeros, es decir los mantenidos directamente por el Estado o por los gobiernos seccionales, deberían estar sujetos al principio de reserva de ley en lo que tiene que ver con la creación de tasas, no así los otros, porque los ingresos de las instituciones de beneficencia que los mantienen, no se consideran ingresos tributarios.

1.3. Las regulaciones administrativas

Hay normas de jerarquía inferior a la ley que, en cambio, han establecido expresamente el principio de la gratuidad. Mediante Decreto Ejecutivo 915 de 1981[9], el Presidente de la República dispuso que los servicios básicos de salud se prestaran en forma absolutamente gratuita. La medida rige para todas las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública, los hospitales fisco-misionales[10], las unidades de salud que dependen de la Junta de Beneficencia de Guayaquil y las de la Sociedad Protectora de la Infancia de la misma ciudad.

No hay una definición ni una determinación formal de lo que ha de entenderse por servicios básicos de salud. El uso del adjetivo "básicos", vuelve impreciso el enunciado, de manera que resulta difícil establecer si se refiere solamente a las prestaciones dirigidas a la recuperación y rehabilitación, o comprende también las actividades de fomento y prevención. Como el Decreto 915 expresamente dispone que el principio de la gratuidad ha de extenderse también

---

[6] El art. 1 del Código Tributario determina que bajo la expresión tributos están comprendidos los impuestos, las tasas y las contribuciones especiales o de mejora.

[7] El Clasificador de Ingresos del Estado de 1973, definía a las tasas como pagos por la prestación de servicios públicos específicos, cuyos beneficios son inmediatos, cuantificables y objeto de individualización en los contribuyentes. Aunque constituyen técnicamente una aproximación al costo de los servicios que el Estado toma a su cargo, por ser de interés público inmediato, fija su cuantía con criterios económico y social" (Res 755. RO 226:17.01.73). El clasificador de ingresos para el sector público vigente no contiene definiciones (RO 798 Sup.: 25.10.91).

[8] Art. 53: "Sólo se pueden establecer, modificar o extinguir tributos por acto legislativo de órgano competente. No se dictarán leyes tributarias con efecto retroactivo. Las tasas y las contribuciones especiales se crearán y regularán de acuerdo con la ley"

[9] RO 391: 05.03.81

[10] Se llama así a los servicios de salud establecidos por instituciones privadas, generalmente organizaciones religiosas o de carácter benéfico, que reciben asignaciones fiscales en virtud de convenios suscritos con el Ministerio de Salud.

a los exámenes complementarios, servicio de rayos X, emergencias, atención al parto y "los demás de tipo preventivo de la salud", habría que concluir que en el enunciado están comprendidos todos los servicios necesarios para la conservación de la salud de los usuarios y que el adjetivo básicos excluye solamente a las prestaciones meramente facultativas, tales como las correcciones estéticas. El Acuerdo Ministerial 4698 de 27 de febrero de 1981, enumera en detalle los servicios sujetos al principio de la gratuidad, diferenciándolos para los pacientes hospitalizados y para los pacientes ambulatorios[11]. La forma en que este Acuerdo ha sido redactado, podría hacer pensar en la posibilidad de que los servicios no comprendidos en la enumeración, al no ser considerados "básicos" en el criterio ministerial, den lugar al cobro de una tarifa retributiva. En la práctica, la enumeración es tan amplia que nada queda fuera de ella. De otra parte, resulta importante tener presente que el Acuerdo Ministerial es cronológicamente anterior al Decreto Ejecutivo, por lo que habría que concluir que éste último se dictó a manera de sustentación jurídica del Acuerdo, situado en una escala inferior dentro de la jerarquía normativa.

De todos modos, resulta evidente la oposición de contenidos entre el Decreto Ejecutivo 915 y el Acuerdo Ministerial 4698, por una parte y, por otra, el artículo 248 del Código de la Salud[12].

Un decreto ejecutivo, en efecto, no puede contravenir la ley. Como la disposición del art. 248 del Código de la Salud es imperativa[13] y obliga, por lo mismo, al cobro retributivo del servicio, habría que concluir que el Presidente de la República, al imponer el principio de la gratuidad, aunque impulsado por buenas intenciones, infringió la ley.

A pesar de ser ilegal, el Decreto 915 ha de considerarse vigente mientras no sea expresamente derogado por el Presidente de la República o declarado nulo, por defecto de legalidad, mediante una sentencia del Tribunal de lo Contencioso Administrativo.

En la práctica, sin embargo, el principio de la gratuidad establecido por el Acuerdo Ministerial y el Decreto Ejecutivo, ha tenido una aplicación sumamente irregular y más bien ha dado lugar a confusiones y actitudes equívocas, porque la intención del Ejecutivo de mantener, por consideraciones de orden social y político, el principio de la gratuidad, ha chocado con la actitud de los encargados de la prestación del servicio quienes, urgidos por la necesidad, han

---

[11] Los servicios que según el Acuerdo 4698 deberían prestarse con carácter gratuito para los pacientes hospitalizados son: ingreso, anestesia, cesáreas, curaciones, vacunaciones, cirugía, parto, curetajes, inyecciones, cirugía menor (suturas, drenajes de abscesos). Para los pacientes ambulatorios se mencionan los servicios siguientes: consulta médica, inyecciones, exámenes de laboratorio de rutina, extracciones, endodoncia, profilaxis dental, vacunaciones, cirugía menor, radiografías de huesos, obturaciones, radiografías dentales

[12] El Código de la Salud está vigente desde el 8 de febrero de 1971 (RO 158: 08.02.71), de manera que la facultad para establecer tasas retributivas por los servicios de salud es anterior a la promulgación del Decreto Ejecutivo 915.

[13] El texto del artículo 248 es técnicamente inadecuado pero, sin duda, constituye el principio legal necesario para la aplicación de una tasa retributiva por el servicio prestado. Como utiliza una forma verbal imperativa, no podría sostenerse que la disposición sirve, simplemente, para crear una potestad susceptible de ejercitarse según consideraciones de oportunidad.

establecido por vía de hecho distintos sistemas de cobro y, para eludir la aplicación del Decreto 915 han invocado diversos argumentos, tales como la limitación de su alcance a solamente la hospitalización y la atención médica, más no a las medicinas y al material médico; o la prevalencia de normas a las que se quiere dar el carácter de "especiales", aunque sean de jerarquía inferior, como las contenidas en "actas transaccionales" suscritas con el personal médico.

Así, a despecho de la vigencia formal del Decreto 915, en todos los establecimientos de salud, inclusive los constituidos como unidades operativas del Ministerio, o se aplican tarifas a los usuarios, al menos en ciertos servicios, o se les obliga a contribuir con medicinas u otro material médico necesario para la prestación del servicio. El problema se complica porque algunas de las tarifas aplicadas resultan arbitrarias, en cuanto no han sido establecidas formalmente mediante acto reglamentario del Ministro de Salud.

Ninguno de los argumentos invocados tiene valor jurídico. El principio de la prevalencia de las normas especiales, solamente tiene aplicación entre disposiciones de la misma jerarquía dentro del ordenamiento jurídico. Por otra parte, el Decreto 915 califica como gratuita a la prestación del servicio y eso comprende también a los elementos necesarios para que tal prestación pueda producirse.

Las inconsistencias enunciadas desaparecerían si se derogara el Decreto Ejecutivo 915 y el Acuerdo Ministerial 4698. Quedarían así vigentes, sin contradicción, el precepto del Código de la Salud y las regulaciones administrativas cuyo contenido se examina a continuación[14].

1.4. Las tasas por servicios de salud

Con base en el artículo 248 del Código de la Salud, se han emitido disposiciones mediante las cuales se establecen tasas para el cobro a los usuarios, para que sean aplicadas por servicios prestados por instituciones constituidas como unidades operativas del Ministerio de Salud[15].

La existencia de tasas provenientes de los servicios de salud está prevista no solamente en esa disposición legal, sino también en el Clasificador de

[14] Jurídicamente habría que distinguir la vigencia formal de la eficacia. Aunque formalmente vigente, el Decreto podría no llegar a ser aplicado, en virtud de lo dispuesto por el inciso final del artículo 170 de la Ley Orgánica de Administración Financiera y Control, que dice "Ningún servidor público cumplirá orden alguna que tienda a modificar, retardar o impedir el cobro de los recursos financieros que se hayan fijado en forma legal, salvo los casos previstos expresamente en la ley". De manera que, aunque el Decreto 915 no fuera derogado, una vez determinada la tasa por acto reglamentario del Ministro de Salud, los funcionarios administrativos estarían obligados a cobrarla.

[15] Para el Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical Leopoldo Izquieta Pérez: Acuerdo Ministerial 11190, RO 698 de 5 de junio de 1991.

Ingresos del Estado, que contiene la codificación de cuentas para todos los ingresos públicos[16].

1.5. El régimen aplicable a las recuadaciones por servicios en el sector público

En cuanto al régimen de recaudación, utilización, contabilización y control del gasto correspondiente a las recuadaciones provenientes de la prestación de los servicios de salud, debe distinguirse, como se dijo, el caso de los prestados por establecimientos constituidos como unidades operativas del Ministerio de Salud y los mantenidos por personas jurídicas con autonomía económica y administrativa.

1.5.1. Operaciones administrados por el Ministerio de Salud

En las unidades operativas del Ministerio de Salud, en las que los cobros retributivos por los servicios tienen el carácter de tasas fiscales, la recaudación, la inversión, la contabilización y el control del gasto están sometidos a las disposiciones generales sobre los recursos públicos, contenidas principalmente en el Código Tributario y en la Ley Orgánica de Administración Financiera y Control[17].

Para que pueda fijarse una tarifa, la existencia de la tasa debe estar contemplada en la ley[18]. Establecida la tasa de manera genérica en la ley, debe ser determinada, como se dijo, mediante acto reglamentario del Ministro de Salud, por lo dispuesto en el artículo 248 del respectivo Código, correspondiendo su recaudación a la unidad administrativa especializada de cada servicio, constituida por funcionarios caucionados que deben reunir requisitos especiales determinados por la Oficina Nacional de Personal en coordinación con el Ministerio de Finanzas[19]. La pérdida del valor real del dinero por el carácter inflacionario de la economía, ha obligado a que el Ministerio de Salud adopte un mecanismo de reajuste indirecto cuando fija las tarifas[20] y, en lugar de considerar para ellas el valor en números reales, lo establezca en función porcentual con el salario mínimo vital. Como en virtud de las reformas

---

[16] "Código 4.1.22.20.000 Tasas por servicios educativos y de salud : Se incluyen en este grupo varias partidas como servicios médicos, dentales y asistenciales, pensionado, intervenciones quirúrgicas y asistencia médica en hospitales y centros de salud; análisis de laboratorio; diagnóstico; consulta externa médica y dental; servicios de radiología, patología, radiografía, encefalografía, electrografía, audiometría y otros semejantes; tratamiento dental e intervenciones quirúrgicas. Acuerdo 0889 del Ministro de Finanzas y el Contralor General del Estado, RO 798 (Suplemento): 25.10.91.

[17] Según la Ley Orgánica de Administración Financiera y Control, la determinación y recaudación de los recursos tributarios, se regirá por lo dispuesto en el Código Tributario (Art. 147 LOAFYC), pero el depósito y la distribución de los recursos, la colocación de los mismos a disposición de las entidades y organismos del sector público, así como su utilización, se regirá por lo dispuesto en la propia Ley Orgánica (Art. 159 LOAFYC).

[18] Artículo 3 del Código Tributario.

[19] Art. 157, Ley Orgánica de Administración Financiera y Control

[20] Así ha ocurrido con las determinadas mediante Acuerdo Ministerial 11190, RO 698:5.06.91.

introducidas al Código del Trabajo[21], la cuantía del salario mínimo vital debe ser revisada cada seis meses por el Consejo Nacional de Salarios, resulta que las tarifas por servicios de salud fijadas con esta modalidad experimentarían un incremento automático semestral.

Los valores recaudados quedan bajo custodia temporal de la unidad administrativa responsable, la cual está obligada al depósito diario de todos los recursos[22], que debe hacerse necesariamente en la cuenta corriente única del tesoro nacional, por expresa disposición del artículo 172 de la Ley Orgánica de Administración Financiera y Control[23], estando expresamente prohibida por los artículos 179 y 184 de esta citada Ley, la creación de cuentas o fondos especiales, cualquiera que sea el origen de los ingresos, así como la apertura o mantenimiento de cuentas intermedias. Sin embargo, las entidades y organismos sujetos al sistema de la cuenta única, pueden establecer fondos fijos de caja chica, en dinero efectivo, para la atención de pagos urgentes de valor reducido[24].

Del sistema de cuenta única solamente se exceptúan:

- Las que deban ser abiertas en función de convenios o compromisos internacionales;
- Las que correspondan a las empresas del Estado y a la Controlaría General y
- Las de las gobernaciones provinciales provenientes de ciertos recursos específicos, tales como valores recaudados por pasaportes y permisos de funcionamiento de determinados establecimientos[25].

A pesar de lo dicho, se han establecido mecanismos administrativos mediante los cuales se permite que determinadas instituciones cuenten en la práctica con mayor autonomía para el manejo de los recursos que generan, los cuales, una vez recaudados y depositados en la cuenta única del tesoro, son reintegrados a la institución como "recursos propios", para que los maneje en una cuenta especial autorizada por la Tesorería de la Nación. Es el caso, por ejemplo, del Instituto

---

[21] Ley 133, RO 817 (Suplemento): 21.11.91

[22] "Las unidades administrativas responsables de la recaudación de los recursos financieros recibirán los ingresos del Estado de acuerdo con la ley y tendrán a su cargo la custodia temporal y el depósito inmediato de todo lo recaudado" (Art. 170 LOAFYC). "Todas las unidades responsables de la recaudación de recursos financieros depositarán, diariamente, en la cuenta corriente única del tesoro nacional, la suma íntegra e intacta en efectivo y cheques producto de la recaudación del día hábil inmediato anterior" (Art. 180 LOAFYC).

[23] "A la cuenta corriente única del tesoro nacional ingresarán directamente todos los recursos financieros provenientes de cualquier fuente que alimenten el presupuesto del Gobierno Nacional y los fondos especiales"

[24] Artículo 201 de la Ley Orgánica de Administración Financiera y Control.

[25] DS 2965, RO 710: 14.11.78

Nacional de Higiene y Medicina Tropical Leopoldo Izquieta Pérez[26]. Aunque en este mecanismo haya un cumplimiento formal de las disposiciones de la Ley Orgánica de Administración Financiera y Control, su manejo no se ajusta al espíritu general que inspira el sistema de dicha Ley.

En cuanto ingresos públicos, los valores recaudados por pago de tasas retributivas de los servicios de salud deben presupuestarse; es decir que es preciso hacer una estimación de su monto anual, para que sea distribuido en diferentes partidas correspondientes a otros tantos conceptos de gasto, a fin de que puedan ser utilizados durante el ejercicio fiscal[27].

No pueden celebrarse contratos, contraerse obligaciones, comprometerse recursos para el gasto, ni en general, asumir alguna carga económica, sin que exista la respectiva asignación presupuestaria y haya disponible en la partida un saldo suficiente para el pago completo de la obligación correspondiente[28].

Para que el gasto se haga efectivo, debe haberse previamente concedido el cupo por la Subsecretaría de Presupuesto y la autorización de giro por la Tesorería de la Nación[29].

Concedidos el cupo y la autorización de giro, puede disponerse de los recursos mediante cheque girado necesariamente a la orden del respectivo beneficiario, hallándose legalmente prohibida la emisión de cheques al portador o en blanco. Las personas autorizadas para firmar los cheques serán necesariamente caucionadas y no podrán cumplir adicionalmente funciones de recaudación, de registro contable ni de autorización de gastos, salvo autorización expresa del Ministro de Finanzas o del Contralor General, según el caso[30].

Los ingresos y egresos están sometidos a las normas de contabilidad y auditoría establecidas con carácter general para todas las entidades que forman parte del Gobierno Nacional. Este sistema de contabilidad y auditoría comprende:

---

[26] Artículos 2 y 3 del Acuerdo 11190 del Ministro de Salud, RO 698: 05.06.91

[27] El artículo 40 de la Ley Orgánica de Administración Financiera y Control prohibe expresamente la administración de recursos fiscales en forma extrapresupuestaria.

[28] Artículo 58 de la Ley Orgánica de Administración Financiera y Control.

[29] "Las entidades y organismos del sector público incluidos en el presupuesto nacional, solicitarán al Ministerio de Finanzas, o éste concederá de oficio, la autorización de cupos de gasto a base de las necesidades de ejecución de los programas y con arreglo a las disposiciones que se expidan al efecto. Dichas entidades y organismos deberán contar con los cupos de gasto correspondientes, como requisito previo para contraer compromisos y obligaciones y para solicitar a la Tesorería de la Nación las autorizaciones de giro. El cupo de gastos no constituye requisito previo indispensable para la celebración de contratos, pero lo será para la ejecución de los mismos si es que deben cumplirse en una sola etapa o para el comienzo de cada una de las etapas contractuales, incluso para los anticipos" (Art. 86 LOAFYC). En igual sentido, sobre las autorizaciones de giro, el artículo 173 de la misma Ley.

[30] Artículos 198, 200 y 205 de la Ley Orgánica de Administración Financiera y Control.

- Obligaciones de registro contable, según las especificaciones de un manual elaborado por cada organismo de acuerdo a sus necesidades, en coordinación con la Controlaría General[31];

- Presentación periódica de estados financieros, cuyo formato y contenido lo establece la Controlaría General[32]. Para este efecto, las unidades operativas del Ministerio de Salud se consideran parte del llamado "ámbito de centralización" y deben presentar: mensualmente, un informe del movimiento de autorizaciones de giro y del efectivo; trimestralmente, balance de comprobación de sumas y saldos, estado de operaciones y cédulas presupuestarias de ingresos y de gastos por partida; y, anualmente, estado de situación financiera con los respectivos anexos, estado de operaciones, estado de cambios en la situación financiera y estado de cambios en el patrimonio[33];

- Un sistema de control interno, previo y posterior a las operaciones financieras, según los mecanismos y procedimientos establecidos por cada entidad[34] y

- Un sistema de auditoría externa a cargo de la Controlaría General del Estado.

1.5.2. Operaciones autónomas

Las entidades que no forman parte del Gobierno Central, por haber sido establecidas como personas jurídicas con autonomía administrativa y financiera, tales como el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, la Junta de Beneficencia de Guayaquil, la Sociedad de Socorro a la Infancia de la misma Ciudad y la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA), tienen un régimen diferente al descrito en cuanto a la recaudación y utilización de sus recursos.

Como los ingresos por los servicios que prestan no tienen la categoría de tasas fiscales, no se requiere de una ley para establecerlos. Basta una decisión en ese sentido de la máxima autoridad que en cada entidad tenga facultades

[31] Artículos 220, 222 y 226 de la Ley Orgánica de Administración Financiera y Control.

[32] Artículos 227 a 229 de la Ley Orgánica de Administración Financiera y Control.

[33] Acuerdo 817 del Contralor General del Estado, RO 299 (suplemento): 20.10.89.

[34] Artículos 244, 245 y 252 a 255 de la Ley Orgánica de Administración Financiera y Control.

reglamentarias[35]. Pero si se trata de entidades del sector público[36], están sujetas también a las normas de la Ley Orgánica de Administración Financiera y Control, pero dentro de un régimen especial[37], cuyas diferencias con el régimen común, en las cuestiones que interesan para este estudio, son las siguientes:

- Tienen un presupuesto especial, aprobado por ellas mismas previo informe del Consejo Nacional de Desarrollo[38];

- Solamente están sujetas al sistema de cupos y autorizaciones de giro, en la parte de sus recursos que constituyan asignaciones del Gobierno Nacional[39];

- Sus recursos no ingresan a la cuenta única del tesoro, sino que deben ser depositados en una cuenta propia que cada una de estas entidades debe mantener en el Banco Central o, a falta de una oficina de dicho Banco, en el Banco Nacional de Fomento[40];

- La máxima autoridad de cada entidad puede disponer la inversión lucrativa de sus recursos financieros, pero siempre en función de un plan de flujo de recursos y de acuerdo con el presupuesto respectivo[41] y

- Deben presentar a la Controlaría General solamente el estado mensual de operaciones y el de caja-bancos, a más de un informe anual que contenga: el estado de caja-bancos, las cédulas presupuestarias de ingresos y de gastos por partida, según la modalidad de cada presupuesto, los estados de operaciones y de situación financiera con sus anexos, los mismos que deben incluir detalles separados de los saldos vinculados con cuentas de activos, pasivos, ingresos y gastos[42].

---

[35] Esta afirmación no es aplicable al IESS, porque los servicios de salud que presta se entienden prestaciones correlativas a la existencia de un sistema de seguro, para cuya cobertura el afiliado ha pagado los aportes determinados en la ley y en los Estatutos del IESS.

[36] Según el artículo 383 de la Ley Orgánica de Administración Financiera y Control, dentro del sector público están comprendidas también "las entidades creadas por ley u ordenanza como de derecho público o de derecho privado con finalidad social o pública, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y la Junta de Beneficencia de Guayaquil"

[37] "Las funciones de administración de los recursos financieros de la entidades y organismos que no forman parte del Gobierno Nacional, serán descentralizadas en cada uno de ellos" (Art. 190 LOAFYC).

[38] Artículos 101 a 106 de la Ley Orgánica de Administración Financiera y Control.

[39] Artículos 86 y 173 de la Ley Orgánica de Administración Financiera y Control.

[40] Artículos 194 y 196 de la Ley Orgánica de Administración Financiera y Control.

[41] Artículos 191 y 192 de la Ley Orgánica de Administración Financiera y Control.

[42] Acuerdo 817 del Contralor General del Estado, RO 299 (suplemento): 20.10.89

1.6. La contratación en el sector público

Como el régimen de contratación pública está en íntima conexión con el manejo de recursos y, en buena medida, ha sido concebido a manera de un mecanismo adicional de control, conviene examinarlo ahora, lo cual además facilitará el análisis de los temas posteriores.

Todas las entidades del sector público definidas por la Ley Orgánica de Administración Financiera y Control que contraten la ejecución de obras, la adquisición de bienes y la prestación de ciertos servicios, deben sujetarse a losprocedimientos precontractuales y a los de contratación previstos por la Ley de Contratación Pública[43]. Pero los establecimientos de salud pertenecientes al sector público no están sujetos a dicho procedimiento en lo que se refiere a los contratos de adquisición de insumos médicos, fármacos y material quirúrgico[44]. Para esta clase de contratos, la propia Ley se remite a un reglamento del Presidente de la República, que no ha llegado a dictarse[45].

1.6.1. Procedimientos precontractuales

La Ley distingue entre los procedimientos precontractuales comunes y los especiales. Estos últimos se aplican solamente a la adquisición de bienes inmuebles, al arrendamiento de cualquier clase de bienes y a los contratos que comprometan recursos provenientes de préstamos concedidos por organismos multilaterales de los cuales el Ecuador sea miembro[46]. Para las demás contrataciones, siempre que no sean de insumos médicos, fármacos y material quirúrgico, son aplicables los procedimientos precontractuales comunes.

Según la cuantía de los recursos comprometidos en el contrato, se distinguen los siguientes procedimientos previos a la contratación[47]: licitación, si la cuantía supera el valor de diez mil salarios mínimos vitales; concurso público de ofertas, por valores entre cuatro mil y diez mil salarios mínimos vitales; concurso público de precios, entre dos mil y cuatro mil salarios mínimos; y concurso privado de precios, entre mil y dos mil salarios mínimos vitales. La aplicación de estos procedimientos tiene por objeto escoger de entre varias ofertas, la más conveniente al interés público, lo cual no significa que

---

[43] Artículo 1 de la Ley de Contratación Pública. Nótese que la obligación comprende a todo el sector público y no solamente a los organismos y entidades dependientes del Gobierno Nacional.

[44] Artículo 2 de la Ley de Contratación Pública, reformado mediante Ley 112, RO 612: 28.01.91

[45] Existe un Reglamento para la adquisición de fármacos para el servicios médico del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social aprobado mediante Decreto 2077, RO 589: 24.12.90

[46] Artículo 5 de la Ley de Contratación Pública

[47] Artículo 4 de la Ley de Contratación Pública.

necesariamente deba preferirse a la que presenta el precio más bajo. Caben consideraciones relativas a la calidad, a las condiciones de financiamiento y pago, a ciertas garantías y ventajas adicionales que proporcione el oferente. La decisión, en todo caso, corresponde a la potestad discrecional de la Administración y no podría ser impugnada legalmente, a menos que se hubiera incurrido en omisiones de forma.

Toda la etapa precontractual está a cargo de un comité de contratación[48] y supone la ejecución de estudios previos que permitan elaborar bases detalladas para la convocatoria[49], aprobadas las cuales ésta se hace pública, excepto en el concurso privado de precios[50]. Presentadas las ofertas, son examinadas por una comisión técnica, con cuyo informe el comité escoge la oferta que a su juicio sea más favorable. Se trata de un proceso complejo, minuciosamente regulado, cuyo análisis pormenorizado excede los límites de este estudio[51].

Hecha la adjudicación, el contrato debe celebrarse siempre por escrito. Es necesario que conste por escritura pública si es un contrato que por su naturaleza exige esa solemnidad de acuerdo a las normas generales, o si la cuantía comprometida es igual o superior a la base prevista para el concurso público de precios[52].

---

[48] El comité de contrataciones del ministerio de Salud Pública se constituyó mediante Acuerdo 11868, RO 765: 09.09.91

[49] El Ministerio de Salud ha conformado una comisión interna para que se encargue de la tramitación de todas las cuestiones atinentes a los contratos para ejecución de obras, adquisición de bienes y prestación de servicios: Acuerdo 9989, RO 639: 11.03.91

[50] Las normas para concursos privados de precios del Ministerio de Salud Pública constan en Reglamento aprobado mediante Acuerdo 9058-A, RO 666: 18.04.91

[51] Artículos 8 a 41 de la Ley de Contratación Pública y 13 a 54 del Reglamento General.

[52] Artículo 66 de la Ley de Contratación Pública.

2.0. LOS SERVICIOS DE SALUD COMO OBLIGACION DEL ESTADO

Se analiza en este capítulo el régimen jurídico relativo a la obligación estatal de dar atención médica en hospitales y centros de salud; y, en esa perspectiva, el doble papel del Ministerio de Salud Pública, como organismo aplicador de las políticas de salud y como oferente de servicios de servicios médicos. Con fines comparativos, se examina también la condición jurídica de la Junta de Beneficencia de Guayaquil y sus implicaciones en los ámbitos contractual, tributario y financiero. Se estudia finalmente las posibilidades legales para una eventual conversión de los hospitales del Ministerio de Salud Pública en instituciones sin fin de lucro y los obstáculos para alcanzar ese objetivo que pudieran derivarse tanto de las leyes o regulaciones administrativas, cuanto de los contratos colectivos celebrados con las organizaciones laborales de los hospitales públicos.

2.1. La prestación estatal de servicios de salud

Ni la Constitución ni el Código de la Salud obligan al Estado a prestar directamente, es decir, por medio de unidades operativas dependientes del Gobierno Nacional, servicios de salud. Sin embargo, ambos cuerpos normativos contienen disposiciones mediante las cuales queda el Estado obligado a tomar medidas destinadas a precautelar, proteger y promover la salud de los habitantes[53].

Tampoco la legislación distingue de manera orgánica el papel del Estado como regulador de la política de salud y como oferente de servicios. En general, las disposiciones que en este estudio se han mencionado corresponden al ejercicio de facultades de dirección y control propias de la potestad estatal. Solamente el número 2 del artículo 29 de la Constitución parece referirse indirectamente a la prestación de servicios cuando, entre las obligaciones del Estado, incluye la creación de la infraestructura necesaria para la protección de la salud, "de acuerdo con la ley"[54]. Pero, en estricto sentido, esta disposición no le obliga al Estado a mantener y administrar hospitales: desde el punto de vista formal, no habría inconveniente para que, creada la infraestructura de salud con el apoyo y el control del Estado, los servicios se presten por instituciones autónomas, no constituidas jurídicamente como unidades operativas del Ministerio de Salud.

La situación actual, caracterizada por el desempeño por parte del Estado tanto del papel de regulador, como de los correspondientes a la financiación y a la prestación de servicios de salud, obedece a dos factores, uno de orden histórico y otro de concepción política. El primero tiene que ver con el traspaso a manos del Estado de los bienes de la Iglesia Católica, producido a principios de siglo como consecuencia de la revolución liberal. De este modo el Estado, inicialmente a través de las llamadas Juntas de Asistencia Social y luego en forma directa, se convirtió en administrador de establecimientos de salud.

---

[53] Artículos 19 numeral 14 y 29 numeral 2 de la Constitución y 8, 63, 79, 81, 90 y 96 del Código de la Salud.

[54] En el Código de la Salud, la única disposición que alude a la prestación de servicios es el artículo 248, cuyo alcance ha sido ya analizado.

El segundo tiene que ver con la convicción, arraigada en la tradición política nacional, según la cual le corresponde al Estado atender todo aquello que, siendo necesario para asegurar condiciones adecuadas de convivencia social, no puede ser asumido con suficiencia por la iniciativa privada.

2.2. Un régimen de excepción: la Junta de Beneficencia de Guayaquil

El caso de la Junta de Beneficencia de Guayaquil es único. Se trata de un organismo creado mediante ordenanza municipal en 1887, a manera de una "junta compuesta por personas respetables", cuya autonomía se ha mantenido desde entonces y ha sido reconocida explícitamente en la Constitución[55] y en el tratamiento que ha recibido por el Gobierno. Su capacidad para acumular recursos y su poder económico obedecen fundamentalmente a que goza de una suerte de monopolio para el aprovechamiento del sistema de lotería, en virtud de una ley aprobada por el Congreso el 18 de agosto de 1894. Como cuenta con un volumen considerable de ingresos propios, que no constituyen asignaciones presupuestarias del Gobierno, puede actuar con gran autonomía e independencia, a pesar de estar expresamente definida como una institución del sector público por el artículo 383 de la Ley Orgánica de Administración Financiera y Control[56].

El manejo de sus recursos está sujeto, desde el punto de vista jurídico, al marco descrito en el régimen aplicable a las recuadaciones por servicios en el sector público[57] y, en cuanto al régimen de contratación que le es aplicable, se sujeta a las reglas generales contenidas en la Ley de Contratación Pública, solamente en cuanto a los contratos que se financien, en todo o en parte, con recursos públicos o subvenciones del Estado.

En cuanto al régimen tributario, esta institución ha tenido un tratamiento excepcional. Mediante leyes dictadas en diversas épocas, había logrado distintas exoneraciones tributarias[58], las mismas que se ratificaron y generalizaron para toda clase de tributos mediante Ley 63 de 1990 y subsisten[59], inclusive para los derechos arancelarios de importación a pesar de la derogatoria general contenida en el artículo 12 de la Ley 79, cuyo alcance se examinará luego.

---

[55] Aunque el artículo 125 de la Constitución se refiere a la autonomía de las juntas de beneficencia, en plural, para darle a la norma carácter de generalidad, lo cierto es que no existe otra Junta de Beneficencia, a más de la de Guayaquil.

[56] Estando calificada en forma expresa y directa por la Ley como una institución del sector público, para efectos de la administración de sus recursos y del régimen de contratación al que debe someterse, resulta indiferente que se trate o no de una persona jurídica de derecho privado. Son otros los elementos a partir de los cuales la Junta de Beneficencia se acoge a un régimen jurídico distinto al que se aplica como regla general en las unidades operativas del Ministerio de Salud.

[57] Supra 1.5.2.

[58] La amplitud de estas exoneraciones es tal que comprende también el pago de tarifas por consumo de energía eléctrica, agua potable, teléfonos, alcantarillado, pavimentación y contribuciones municipales de mejoras.

[59] "La Junta de Beneficencia de Guayaquil seguirá siendo sujeto de las exoneraciones tributarias establecidas en su favor en los Decretos Leyes números 1627 de 7 de agosto de 1946 y 1060 de 20 de julio de 1971, publicados en los Registros Oficiales números 656 de 9 de agosto de 1946 y 273 de 23 de julio de 1971. En consecuencia, dicha entidad no es sujeto pasivo de tributo alguno y estará exonerada de todo gravamen especial o general que esté vigente o se crearé posteriormente" (Art. 8 de la Ley 73, RO 366: 30.01.90)

2.3. Posible conversión de los hospitales del Ministerio de Salud Pública en instituciones autónomas sin fin de lucro.

Para convertir a los hospitales del Ministerio de Salud en instituciones autónomas, sin fin de lucro, que no estén sujetas a las limitaciones que ahora les son aplicables en cuanto a la administración y manejo de sus recursos y a los procedimientos de contratación, habría dos modalidades:

- Constituyéndoles en fundaciones, mediante la asignación de un patrimonio inicial, la aprobación de un estatuto y el reconocimiento de personalidad jurídica por acto del Ejecutivo, según lo previsto en el Código Civil para las personas jurídicas de derecho privado sin fin de lucro. Aunque formalmente posible en general, esta alternativa resultaría discutible para los casos en los que la administración de un determinado establecimiento de salud haya sido asignada al Gobierno Nacional mediante ley o acto con fuerza de ley. En la práctica, esta alternativa equivaldría a una privatización total de los servicios de salud, porque las fundaciones así establecidas se mirarían para todo efecto jurídico como establecimientos privados y, desde el punto de vista financiero, su propia subsistencia dependería de la posibilidad de que puedan autofinanciar la prestación de sus servicios, debido a que no contarían ya, al menos no de manera habitual y permanente, con recursos del presupuesto del Estado para cubrir sus gastos corrientes.

- Mediante una ley que, dotándoles de personalidad jurídica y autonomía administrativa y financiera, les someta al régimen previsto para las instituciones del sector público no dependientes del Gobierno Nacional, o a un régimen especial que la propia ley debería definir.

2.4. Limitaciones legales

La pregunta respecto a las reformas legales que específicamente deberían introducirse en el sistema vigente para transformar a los hospitales del Ministerio de Salud en instituciones autónomas sin fin de lucro y con capacidad operativa propia, supone una definición previa entre las dos opciones posibles[60]: si la transformación se hace mediante un conjunto de actos administrativos que culminen en el reconocimiento de otras tantas personas jurídicas de derecho privado, no se requiere de cambios legales; pero el funcionamiento de las instituciones surgidas de este modo, quedaría sujeto al régimen legal vigente para los hospitales privados[61] y, en cuanto al empleo de

[60] Supra 2.3.

[61] Capítulo 6.

los recursos que reciban a manera de asignación estatal con fines específicos, a las restricciones establecidas para las instituciones del sector público no dependientes del Gobierno Nacional[62].

En cambio, si para efectuar la transformación se dicta una ley, habría la posibilidad de establecer un régimen especial en cuanto a la recaudación de los recursos, su empleo, manejo, custodia y supervisión, a sus relaciones con el Gobierno Nacional, al régimen contractual y tributario.

A continuación se harán solamente algunas puntualizaciones.

- El régimen financiero y de contratación al que están sometidas las personas jurídicas creadas por ley, dotadas de autonomía operativa y financiera y que cuentan con recursos propios, ha sido ya descrito[63].

- Desde el punto de vista tributario, hay que tener en cuenta que todas las instituciones del sector público se hallan exentas del pago de impuesto a la renta, lo cual, por cierto, ocurre también con las instituciones de derecho privado sin fin de lucro que presten servicios de salud[64], aunque no formen parte del sector público.

En cuanto al régimen de importación, las instituciones del sector público no se hallan por lo general exentas del pago de derechos arancelarios. Tal exención existe solamente para las maquinarias, equipos, accesorios, materiales y otros bienes necesarios para realizar obras y servicios calificados como prioritarios por el Consejo Nacional de Desarrollo[65], por haberse derogado expresamente todas las demás[66], incluidas las que existían para la importación de medicinas e insumos médicos[67]. Como antes se explicó[68], constituye excepción el caso de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, entidad para la cual subsiste un régimen tributario ad-hoc, distinto al establecido con carácter general por las leyes vigentes. Evidentemente, tampoco las instituciones de derecho privado sin fin de lucro gozan de exoneración en esta materia.

---

[62] Supra, 1.5.2.

[63] Supra: 1.5.2.- Es preciso tener en cuenta que la aplicación de las normas sobre el manejo de recursos públicos, no depende solamente de la naturaleza jurídica de la institución, sino fundamentalmente de la participación en el presupuesto general del Estado. Así, los recursos provenientes de ingresos públicos están sujetos a control, aunque la institución que los maneja haya sido constituida como de derecho privado.

[64] Artículo 9, números 2 y 5 de la Ley de Régimen Tributario Interno.

[65] Ley 30, RO 218: 23.06.89

[66] Ley 79, RO 464: 22.06.90

[67] RO 113: 24.01.80

[68] Supra 2.2.

2.5. El régimen laboral

La existencia de organizaciones sindicales y contratos colectivos en el sector público, se tornó especialmente conflictiva en la década de los ochenta, debido a la concurrencia de dos factores: mientras la crisis económica imponía restricciones fiscales, el controvertido artículo 125 de la Constitución ampliaba considerablemente la protección de la legislación laboral[69]. A eso debe añadirse la falta de una política coherente y eficaz para el manejo de las relaciones laborales en el sector público.

En este contexto, los sindicatos del sector público[70] lograron considerables ventajas mediante sucesivos contratos colectivos, no solamente de carácter económico, sino en términos de poder real, con merma de la capacidad decisoria del empleador[71].

2.5.1. Contratos colectivos

La facilidad de los sindicatos para acumular conquistas en sus contratos colectivos, desde el punto de vista legal, descansó fundamentalmente en dos factores:

- La existencia de facilidades excesivas para el ejercicio del derecho de huelga, en particular de la institución conocida como huelga solidaria[72], en cuya virtud podían paralizarse las actividades sin que se hubiera previamente formalizado un conflicto laboral, ni agotado las instancias de trato directo y conciliación. Esto hizo posible que cualquier negativa frente a las pretensiones y exigencias de los sindicatos, pudiera dar lugar a una paralización intempestiva de actividades.

---

[69] Los trabajadores se clasifican en empleados y obreros. Estos últimos son aquellos en cuyo trabajo predomina la actividad puramente manuel sobre la intelectual. Antes de la vigencia de la Constitución, aprobada en 1979, solamente los obreros de las instituciones públicas estaban sujetos a la legislación laboral. Según el artículo 125, quedan amparados por este régimen, a más de los obreros, también los empleados de las personas jurídicas creadas por ley para la prestación de servicios públicos o para actividades económicas asumidas por el Estado, siempre que no ejerzan funciones de dirección, asesoría, jefatura departamental o similares.

[70] Según la Constitución, en los establecimientos de salud constituidos como unidades operativas del Ministerio de Salud, los profesionales médicos no están amparados por la legislación laboral, pero si lo están los auxiliares de enfermería y el resto del personal de servicios. Existen organizaciones sindicales en todos los establecimientos de salud y se agrupan en una Federación Nacional: la FETSAE.

[71] Puede citarse como ejemplo la disposición del contrato colectivo vigenta según la cual ningún cambio respecto al sitio de trabajo o al horario, puede hacerse sin consentimiento del trabajador. Quinto contrato colectivo celebrado entre el Ministerio de Salud y la Federación de Trabajadores de la Salud y Anexos (FETSAE) celebrado el 27 de marzo de 1990

[72] El código del trabajo la define en el artículo 498 como aquella que se realiza con el objeto de solidarizarse con las huelgas lícitas de los trabajadores de otras empresas, pero la falta de reglamentación, antes de la ley 133 (Noviembre de 1991) dio lugar a que se haga uso ilimitado de este derecho. Las últimas reformas al código del trabajo establecen un trámite especial para este tipo de huelga y la limitación a tres días de duración.

- Como consecuencia de lo anterior, el empleador veía considerablemente disminuida su capacidad de negociación en la contratación colectiva, lo cual condujo a que progresivamente fueran incrementándose las garantías y ventajas de los trabajadores y, de manera correlativa, el poder de los líderes sindicales. Como no existía limitación alguna a las pretensiones de los trabajadores, bien podían aspirar a que se reformen las cláusulas de un contrato colectivo antes de que concluya el plazo de vigencia de éste.

Las reformas a la legislación laboral aprobadas en noviembre de 1991, modificaron profundamente el sistema[73], e introdujeron disposiciones especiales para la contratación y la reclamación colectivas en el sector público y en los servicios básicos, entre ellos los de salud.

Luego de la reforma, el régimen laboral, en lo que interesa para el presente estudio, puede resumirse en los elementos siguientes:

- Organización: pueden constituir organizaciones sindicales los trabajadores amparados por la legislación laboral en un número no inferior a 30 [74].

- Contratación colectiva: toda organización sindical legalmente existente tiene derecho a celebrar con su empleador un contrato colectivo, cuyas normas están llamadas a prevalecer sobre las de los contratos individuales y aún sobre las de la ley, si benefician al trabajador[75].

Si no hay acuerdo entre el sindicato y el empleador respecto al contenido del contrato, las diferencias deben ser definidas por un Tribunal de Conciliación integrado por dos representantes de cada una de las partes y presidido por un funcionario del Ministerio de Trabajo[76]. Si se trata de una institución del sector público, la ley obliga a que el Tribunal considere en su resolución las disposiciones legales y administrativas vigentes, inclusive las referentes a limitaciones presupuestarias[77]. Mientras transcurre el tiempo de la negociación, el empleador no puede desahuciar ni despedir a ninguno de sus trabajadores estables o permanentes, ni los trabajadores pueden presentar pliego de peticiones[78], pero tienen el derecho a la huelga[79], con las limitaciones que de inmediato se verá.

---

[73] Ley 133, RO 817 (suplemento): 21.11.91

[74] Inciso tercero del artículo 448 del Código del Trabajo.

[75] Artículo 226 del Código del Trabajo

[76] Artículo 39 de la Ley 133.

[77] Artículo 39 de la Ley 133, artículo agregado a continuación del artículo 230 del código del trabajo.

[78] Artículo 39 de la Ley 133.

[79] Artículo 39 de la Ley 133.

Una vez suscrito el contrato colectivo, los trabajadores no pueden pretender la modificación de sus cláusulas mediante un pliego de peticiones[80].

- Reclamación colectiva: una vez presentado el pliego de peticiones, se ha establecido un período de mediación obligatoria no inferior a 15 días, durante el cual queda limitado el ejercicio del derecho de huelga[81].

- Huelga: no puede ser declarada sino por más de la mitad de los trabajadores constituidos en Comité Especial, o por el Comité de Empresa, en los casos previstos por el artículo 490 del Código del Trabajo[82]. Entre la declaratoria de huelga y la paralización de las actividades, deben mediar al menos veinte días en las empresas e instituciones del sector público, así como en las de energía eléctrica, agua potable, distribución de combustibles, hospitales, clínicas, asilos y otras de servicios considerados indispensables[83]. Mientras dura la huelga y están paralizadas las actividades, los trabajadores deben establecer turnos para garantizar la prestación de servicios mínimos, con un número no inferior al veinte por ciento del total. En caso de contravención, puede ordenarse la inmediata entrega de los locales y el reinicio de las actividades por trabajadores sustitutos[84].

La huelga solidaria no puede durar sino tres días, debiendo además respetarse las disposiciones descritas en cuanto al plazo y al mantenimiento de servicios mínimos[85].

Con este nuevo esquema, el manejo de las relaciones laborales se ha tornado menos incierto para el empleador y éste ha recuperado capacidad de capacidad de negociación.

---

[80] Artículo 39 de la Ley 133, Ibíd.

[81] Artículo 56 de la Ley 133, artículo agregado a continuación del artículo 465 del código del trabajo.

[82] Los casos de declaratoria de huelga son:
1. Si el empleador no contesta el pliego de peticiones en el término de tres días o la contestación fuere negativa;
2. Si luego de notificado el empleador con el pliego de peticiones, despidiere o desahuciare a uno o más trabajadores, excepto el caso de que haya cometido actos violentos;
3. Si no se organiza el Tribunal de Conciliación y Arbitraje en setenta y dos horas, o si organizado no funciona, por cualquier motivo, dentro de tres días posteriores a su organización, siempre que no sea por falta de vocales designados por los trabajadores;
4. Si no se llaga a una conciliación, salvo que las bases dictadas por unanimidad sean aceptadas en su totalidad por el empleador. La inasistencia de éste a la audiencia se considerará como negativa, para este efecto;
5. Si no se pronuncia el fallo en el término de tres días después de concluido el término de prueba;
6. Si dentro de la etapa de conciliación obligatoria, el empleador falta injustificadamente dos veces a las convocatorias y hubieren concurrido los representantes de los trabajadores; y,
7. Si el empleador sacare maquinaria con el claro objetivo de desmantelar su industria o negocio.

[83] Artículo 503 del código del trabajo.

[84] Artículo 69 de la Ley 133, artículos agregados a continuación del artículo 503 del código del trabajo.

[85] Artículo 65 de la Ley 133, artículos agregados a continuación del artículo 498 del código del trabajo.

Debe tenerse presente, sin embargo, que la paralización de actividades en los establecimientos estatales de salud, por lo general, se ha producido al margen de las leyes laborales y ha sido en ocasiones impulsada por profesionales médicos en busca de reivindicaciones clasistas motivadas por sus bajas remuneraciones y la falta de puntualidad en el pago. A pesar de estar legalmente prohibidas, este tipo de reclamaciones colectivas, suele culminar con la suscripción de "actas transaccionales" cuyo contenido establece reglas para la superación del conflicto circunstancial y protege a los protagonistas del movimiento frente a cualquier sanción posterior.

2.5.2. Consideraciones al cambiar la naturaleza jurídica del empleador

Se halla vigente el Quinto Contrato Colectivo de trabajo celebrado entre el Ministerio de Salud y la Federación Nacional de Trabajadores de la Salud y Anexos (FETSAE), cuyo plazo de duración fenece el 1 de julio de 1992 y en el cual a los 14.500 trabajadores del sector, se les ha garantizado estabilidad hasta julio de 1995, con la posibilidad de que, en caso de infringirse esta garantía, puedan cobrar una indemnización igual a la remuneración de dos meses por cada año de servicio, más la correspondiente al tiempo que falte desde la fecha del despido hasta julio de 1995.

El cambio en la naturaleza jurídica de la institución empleadora no constituye infracción a la estabilidad, si el nuevo empleador respeta y mantiene las mismas condiciones contractuales. Pero, si fueran varias las personas jurídicas que asumen la administración de los establecimientos de salud actualmente dependientes del Ministerio, los trabajadores de cada una de ellas tendrían que celebrar en adelante su propio contrato colectivo, abriéndose la posibilidad de que bajo las nuevas condiciones legales y con una adecuada política de relaciones laborales, pueda mejorarse la situación contractual del empleador.

En ese nuevo contexto, ni el principio de la intangibilidad, ni la disposición en cuya virtud un contrato colectivo no puede contener condiciones menos favorables que el anterior, impedirían que, manteniéndose inicialmente el mismo nivel de remuneración, se logre en los nuevos contratos ventajas en calidad que permitan un manejo más eficiente y razonables niveles de exigencia en la prestación del servicio.

3.0. CONVENIOS DE COLABORACION ENTRE EL MINISTERIO DE SALUD, LAS MUNICIPALIDADES Y OTRAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

Se trata en este capítulo sobre el régimen jurídico aplicable a los convenios entre el Ministerio de Salud y otras instituciones. Con ese propósito, se analiza el contenido de los convenios y se examina la posibilidad legal para que el Ministerio de Salud Pública convenga con organizaciones no gubernamentales el manejo de los servicios de salud a nivel cantonal.

3.1. Marco legal para la celebración de convenios entre organismos gubernamentales y no gubernamentales.

Aunque en sentido estricto convención y contrato son sinónimos[86], se ha generalizado en el habla corriente el uso de la palabra convenio para designar a un acuerdo de voluntades en virtud del cual no se generan obligaciones de contenido patrimonial o, las que se han previsto, aparecen como cargas para solamente una de las partes, en beneficio gratuito de la otra[87].

A pesar de la diferencia en el uso de los términos, jurídicamente, un convenio es un contrato. No existe, por lo mismo, un régimen legal particular aplicable a los llamados convenios, sino que, de acuerdo al contenido de éstos, tendrán que observarse las reglas generales de los contratos contempladas, para el caso, fundamentalmente en el Código Civil. Ocurre sin embargo que cierto tipo de convenios, definidos por su contenido, están sujetos adicionalmente a determinadas regulaciones administrativas.

3.1.1. Convenios para la ejecución de obras o la adquisición de bienes

Si el llamado convenio tiene por objeto la ejecución de obras o la adquisición de bienes y entraña carga o erogación económica para una institución del sector público, deberá sujetarse a las normas de la contratación pública, ya examinadas[88].

3.1.2. Convenios para prestar servicios

Hay convenios mediante los cuales el Ministerio de Salud destina recursos propios, o se compromete a destinarlos en el futuro, para prestar servicios de salud a la población o a un sector determinado de ésta.

A pesar de conllevar carga económica para el Fisco, tales convenios no se sujetan a las normas sobre contratación pública porque no se trata de adquisición de bienes ni de ejecución de obras, sino de cumplir una de las funciones de servicio asumidas por el Estado.

---

[86] Artículo 1481 del Código Civil

[87] "El contrato es gratuito o de beneficencia cuando tiene por objeto la utilidad de una de las partes, sufriendo la otra el gravamen y oneroso cuando tiene por objeto la utilidad de ambos contratantes, gravándose cada uno a beneficio del otro" (Art. 1483 del Código Civil)

[88] Supra 1.6.

En estos casos, la ejecución del convenio debe sujetarse a las normas generales sobre destino y disposición de los recursos públicos[89] y dependen fundamentalmente de su inclusión en el programa operativo y en el presupuesto anual del Ministerio.

3.1.3. Convenio para prestación de servicios profesionales especializados y la Ley de Consultoría

El convenio deberá sujetarse a las normas de la Ley de Consultoría[90] y su Reglamento General[91], si tiene por objeto la prestación de servicios profesionales especializados, mediante los cuales se persiga identificar, planificar, elaborar o evaluar proyectos de desarrollo en sus niveles de prefactibilidad, factibilidad, diseño y operación, incluidos los servicios de fiscalización y evaluación de proyectos, así como los de asesoría y asistencia técnica, elaboración de estudios económicos, financieros, de organización, administración, auditoría e investigación.

La sujeción a las indicadas normas legales y reglamentarias es necesaria aunque el compromiso para la institución del sector público, no conlleve pago o erogación económica. En este caso, no habrá necesidad de un concurso previo, pero la contratación directa se circunscribirá a las compañías consultoras o a los consultores individuales inscritos en el Registro de Consultoría[92]. Se exceptúan los servicios que se presten en el marco de la ejecución de convenios con gobiernos extranjeros u organismos internacionales, en cuyo caso, los procedimientos de contratación se sujetarán a lo acordado en el respectivo convenio[93].

Para realizar actos de consultoría como consultor individual o para formar parte de una compañía consultora como socio, es preciso tener título profesional reconocido en el Ecuador y estar habilitado para el ejercicio profesional según la ley correspondiente a tal ejercicio[94]. La Ley exige además que los consultores individuales extranjeros contratados por una compañía consultora, comprueben previamente su calidad profesional, así como la experiencia en los campos de su especialización.

El Reglamento amplía las posibilidades para el ejercicio de la consultoría a las universidades y escuelas politécnicas, así como a las entidades y organismos del sector público. Además incluye expresamente a las personas jurídicas privadas nacionales sin fin de lucro, dentro de cuyo objeto se incluya la prestación de servicios de consultoría y a las personas naturales o jurídicas,

---

[89] Supra, 1.5.1. a 1.6.

[90] Ley 15, RO 136: 24.02.89

[91] Decreto Ejecutivo 903, RO 278: 19.10.89

[92] Artículos 4, 12, literal a) y 13 de la Ley de Consultoría

[93] Artículo 14, literal b) de la Ley de Consultoría

[94] Artículos 5 y 6 de la Ley de Consultoría

nacionales o extranjeras que intervengan en el marco de ejecución de convenios internacionales de cooperación técnica y asistencia económica suscritos por el Gobierno Nacional o por entidades del sector público[95]. En este último caso, se aplicarán las disposiciones del respectivo convenio, siempre que la prestación de tales servicios no implique egresos por parte del sector público[96].

3.1.4. Convenios de cooperación técnica

Los convenios internacionales de cooperación técnica, están sujetos a reglas especiales[97], si los celebra el Gobierno del Ecuador o las instituciones del sector público con gobiernos extranjeros, organismos internacionales o fuentes multilaterales o bilaterales públicas o privadas, y tienen cualquiera de los objetos siguientes:

- Efectuar investigaciones y preparar estudios técnicos, científicos, culturales, sociales y demás, con la participación de asesores;
- Intercambiar conocimientos e información técnica y científica;
- Contribuir a la formación de los recursos humanos nacionales a través de su participación en cursos, seminarios, simposios, conferencias, organizados en el exterior o en el país;
- Dotar de equipos, laboratorios y, en general bienes fungibles o no fungibles necesarios para la realización de proyectos sin que el receptor deba pagar el costo de los mismos y
- Proporcionar valores no reembolsables que se destinen al financiamiento de los aspectos antes señalados.

En todos estos casos, los organismos del sector público que requieran de asistencia técnica o cooperación económica no reembolsable, deberán someter previamente a consideración de la Secretaría General de Planificación del Consejo Nacional de Desarrollo su proyecto, para que sea calificado según la prioridad que corresponda de acuerdo a los planes de desarrollo y verifique que se encuentre debidamente estructurado. Con el informe de dicha Secretaría, el proyecto se someterá a consideración del Comité de Cooperación Técnica, el cual está facultado para aprobar el proyecto y establecer las condiciones de trámite, negociación y utilización, en función de un programa nacional de cooperación técnica elaborado por el CONADE.

Una vez suscrito el convenio, la unidad ejecutora deberá elaborar planes operativos anuales y presentar, con igual periodicidad informe detallado sobre su cumplimiento al CONADE.

Los convenios que no se ajusten a estas normas, no obligan al Gobierno del Ecuador.

---

[95] Artículo 2 del Reglamento a la Ley de Consultoría

[96] Artículo 113 del Reglamento a la Ley de Consultoría

[97] Decreto Supremo 201-B, RO 510: 12.03.74 y Decreto Ejecutivo 1757, RO 420: 21.04.86

3.1.5. Convenio para la prestación de servicios de salud a la población por parte de organizaciones extranjeras

Si el convenio tiene por objeto la prestación de servicios de salud a la población ecuatoriana por parte de organizaciones extranjeras, debe sujetarse también a normas especiales[98], cuyo contenido en lo fundamental es el siguiente:

- Las organizaciones de países extranjeros que deseen ofrecer servicios de salud, deberán tener personería jurídica o haber sido reconocidas legalmente por su país de origen;

- El Ministerio de Salud deberá enviar a las federaciones gremiales copia del proyecto de convenio, para que emitan un informe al respecto, dentro de ocho días laborables. Igualmente deberán emitir informe las asociaciones científicas que correspondan según la materia del convenio;

- Los profesionales extranjeros que dentro de la ejecución del convenio laboren en el país, deberán presentar documentos que los acrediten como profesionales calificados;

- Los cirujanos extranjeros deben reunir suficiente experiencia profesional para desempeñarse en unidades operativas del Ministerio de Salud o de otras entidades del sector público o del sector privado;

- Los profesionales extranjeros en tareas de consulta externa, hospitalización y cirugía, deberán trabajar junto con profesionales nacionales;

- En el caso que el convenio contemple la planificación y el desarrollo de simposios, conferencias y otros eventos semejantes, deberán ser auspiciados por el Ministerio de Salud y se ejecutrán a través de las correspondientes asociaciones científicas;

- Los servicios de los profesionales extranjeros deberán ser gratuitos y se llevarán a cabo, preferentemente, en zonas urbano-marginales y rurales;

- Los equipos, materiales, medicinas y demás que deban importarse, gozarán de exoneraciones tributarias y aduaneras[99] y, terminado el convenio, si así se hubiere estipulado, estos equipos y demás serán donados al Ministerio de Salud, previo el respectivo inventario;

---

[98] Acuerdo Ministerial 9595, RO 603: 15.01.91

[99] El Acuerdo Ministerial no puede crear una exoneración tributaria, por el principio de reserva de ley. Para que la exoneración se haga efectiva, los bienes deberían constar como importados directamente por el Gobierno Nacional, a menos que se trate solamente de una internación temporal.

- Las acciones que se realicen a través del convenio, serán controladas periódicamente por comisiones integradas por delegados de las entidades suscriptoras, el Ministerio de Salud y las sociedades científicas y

- Los convenios de cooperación económica y técnica deberán someterse a consideración del CONADE, de acuerdo al decreto No. 1757 publicado en el Registro Oficial No. 420 del 21 de marzo de 1986.

3.1.6. Administración de los convenios con contraparte nacional o extranjera

Si el convenio se celebra con el Ministerio de Salud, debe suscribirlo el Ministro, en representación del Gobierno[100].

Para la administración de los convenios con contraparte nacional o extranjera, el Ministerio de Salud ha creado una Unidad de Administración Financiera de Proyectos y Convenios Nacionales e Internacionales[101], a cuyo cargo corre el manejo de fondos y recursos; las adquisiciones, distribución, tramitación, entrega y control contable de bienes y servicios requeridos para la realización y ejecución de los programas que apoyan los convenios; elaborar informes y liquidaciones requeridas de acuerdo a los convenios; informar periódicamente a la Dirección Financiera del Ministerio de Salud Pública, respecto de las asignaciones y ejecución de fondos provenientes de convenios y en general de los movimientos de las diversas cuentas bancarias que maneje la Unidad; y establecer la coordinación necesaria con las Direcciones Nacionales del Ministerio de Salud Pública, con el objeto de agilitar la ejecución de los convenios, así con como otras entidades del sector público y con los organismos patrocinadores.

3.2. Los convenios celebrados por el Ministerio de Salud

Desde 1978 se han celebrado convenios con todo tipo de instituciones, tanto públicas como privadas: ministerios, municipalidades, gobiernos extranjeros, fundaciones nacionales y extranjeras, misiones religiosas, mediante los cuales el Ministerio de Salud recibe ayuda tanto financiera como técnica y material en algunos casos, y en otros, presta ayuda o se establece un sistema de cooperación mutua, siempre en función de la prestación de servicios de salud o del desarrollo de investigaciones o tareas científicas en el ámbito de la salud.

Resultaría inoficioso examinar en detalle el contenido de cada convenio. A continuación se intenta una clasificación, teniendo como base dos elementos: las características jurídicas del convenio y la distribución de las cargas y los beneficios entre las partes.

El detalle de los convenios, con una breve relación de su contenido, consta en el Anexo A.

---

[100] Reglamento Orgánico Funcional del Ministerio de Salud Pública, RO 588: 19.12.86, Art. 10.

[101] Acuerdo Ministerial 1661, RO 158: 29.03.89

3.2.1. Convenios de carga económica para el Ministerio de Salud

Convenios que conllevan carga económica o presupuestaria para el Ministerio de Salud:

- Aporta con sus instalaciones: Dentro de este grupo se encuentran aquellos convenios mediante los cuales el Ministerio de Salud Pública se compromete para con otros organismos o instituciones, sean públicas o privadas, a permitir, bajo diversas modalidades, el uso de sus instalaciones, tales como laboratorios, hospitales, centros de salud, para prestar servicios a la comunidad.

- Aporta con recursos humanos, materiales y económicos: También con el propósito de prestar servicios a la comunidad, la participación del Ministerio de Salud es mayor y no se limita solamente a poner a disposición sus instalaciones, sino que concurre con personal, con medicinas e implementos médicos o con asignaciones en dinero para fines específicos.

3.2.2. Convenios de beneficio gratuito para el Ministerio de Salud

- Recibe asistencia financiera: Se trata generalmente de la ejecución de proyectos dentro de los cuales el Ministerio de Salud recibe asignaciones con objeto específico.

- Recibe recursos materiales y humanos: En el mismo contexto, el Ministerio recibe donaciones de equipos, medicamentos, dinero en efectivo, o recibe en comodato equipos o materiales.

3.2.3. Convenios conmutativos:

A diferencia de los anteriores, la carga económica y el beneficio son mutuos; de manera que el Ministerio de Salud conviene con terceros en juntar recursos de diverso tipo para prestar servicios a un sector específico de la comunidad.

3.3. Los convenios suscritos entre el Ministerio de Salud Pública y el IESS[102]

3.3.1 Transferencia interinstitucional de pacientes

El 19 de agosto de 1986 se suscribió un convenio entre el Ministerio de Salud y el IESS, para la prestación interinstitucional de servicios dirigida a brindar atención médica, odontológica y farmacológica en las unidades hospitalarias y ambulatorias de una u otra entidad. El propósito del convenio básicamente consiste en abrir la posibilidad de una transferencia de "usuarios" o pacientes desde una unidad de salud del Ministerio hacia una del IESS y viceversa, como respuesta a una demanda espontánea de parte del paciente o a una emergencia médica. Concretamente se plantean los siguientes casos:

[102] No se ha encontrado convenio alguno vigente que se haya suscrito entre la Junta de Beneficencia de Guayaquil y el Ministerio de Salud

Unidades de salud del Ministerio:

- Pacientes que son transferidos desde una unidad de salud del Instituto hacia una del Ministerio.

- Afiliados que por no disponer en el lugar donde residen o trabajan, de una unidad de salud del Instituto, solicitan atención en una unidad del Ministerio.

Unidades de salud del Instituto:

- Pacientes transferidos desde las unidades de salud del Ministerio hacia las del Instituto.

- No afiliados que por no disponer en el lugar de residencia o trabajo de una unidad de salud del Ministerio, solicitan atención en una del Instituto.

Mediante Acuerdo Ministerial 2343, se expide el Reglamento al Convenio Interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social[103], tomándose en consideración que las entidades de salud deben coordinar y complementar sus recursos para lograr la máxima cobertura y óptima calidad de las atenciones.

Siendo el objetivo de la expedición del Reglamento el cabal cumplimiento del Convenio, sus disposiciones regulan lo referente a los usuarios, las causales de ingreso, los procedimientos para la atención a los usuarios en las unidades de salud, los procedimientos administrativo-contables en las unidades de salud, la atención a los usuarios y los procedimientos para solicitar reembolso y para solicitar y efectuar desembolsos.

3.3.2. Otros convenios interinstitucionales

A más de este convenio interinstitucional, entre el Ministerio de Salud y el IESS se han suscrito los siguientes:

- El Convenio firmado por el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Defensa y el IESS, el 14 de noviembre de 1990, para el funcionamiento del Hospital Integrado de Huaquillas y de comodato entre el IESS y el Ministerio de Salud. El IESS se obliga a entregar en comodato al Ministerio de Salud, por 30 años, el edificio del Hospital de Huaquillas en donde se atenderá a sus afiliados, aportará con el personal que se encuentra actualmente trabajando ahí, pagándoles sus remuneraciones, y dotará al hospital con los equipos ya existentes. Por su parte el Ministerio de Salud se obliga a recibir el edificio del IESS, a dirigir y administrar el Hospital, a dar equipos, instrumentos y materiales, a asignar el personal médico, auxiliar y administrativo y pagar sus remuneraciones y a poner en funcionamiento el hospital. El Ministerio de Defensa se

[103] Publicado en el Registro Oficial 226: 05.07.89

compromete a dar los equipos e instrumental necesarios, a asignar un médico pediatra, un médico gineco-obstetra, y una trabajadora social, pagándoles su respectiva remuneración.

- Convenio suscrito entre el Ministerio de Salud y el IESS, el 7 de marzo de 1991, para la atención de la parroquia Pinllopata, del cantón Pangua, de la Provincia de Cotopaxi, para impulsar la coordinación interinstitucional para el establecimiento del Sistema Nacional de Salud. El IESS, a través del Seguro Campesino, establece que la población afiliada o no afiliada de esta parroquia, tendrá acceso a los servicios médicos y odontológicos, recibirá gratuitamente los fármacos del programa MEGRAME e instalará una botica popular; contratará un médico, supervisará al personal del dispensario médico y se encargará de la capacitación técnica-administrativa. Además controlará los horarios de trabajo del personal de la Unidad Operativa. Por su parte el Ministerio de Salud se obliga, a través de la Dirección Provincial de Salud del Cotopaxi, a controlar el ingreso y egreso de los medicamentos de MEGRAME y del programa de medicamentos genéricos, a asignar horarios al médico y al odontólogo rural y a adecuar el local. Con una duración de 5 años.

- En octubre de 1991 se firma un convenio para la renovación de la atención médica para los afiliados del IESS de la Provincia de Morona Santiago, que se celebra con la Nunciatura Apostólica de Méndez, encargada de la administración del Hospital del Ministerio de Salud.

3.4. Posibilidad de que el Ministerio de Salud Pública coordine convenios de cooperación entre organizaciones no gubernamentales y comunidades locales para la prestación de todos sus servicios y programas de salud.

Quedó ya establecido[104] que las normas jurídicas en cuya virtud se atribuye al Estado, a través del correspondiente Ministerio, competencia para atender las cuestiones relativas a la conservación y promoción de la salud, no conllevan obligación explícita de que deba mantener y administrar directamente establecimientos de salud.

La cuestión, entonces, se plantea en términos de oportunidad: desde el punto de vista jurídico, el Estado debe juzgar si los requerimientos y demandas de la población en materia de salud quedan satisfechos con el manejo de los establecimientos de salud por manos privadas o de otras instituciones del sector público.

[104] Supra 2.1.

En consecuencia, no existe obstáculo legal para que, mediante convenios, se traslade a instituciones locales u organizaciones comunitarias la administración de los servicios de salud dentro de determinado cantón[105]. Pero, si el convenio conlleva la obligación de subsidiar esos servicios mediante asignaciones presupuestarias, deberían cumplirse las normas sobre disposición y manejo de fondos públicos[106]. A este propósito se harían necesarias disposiciones adicionales para asegurar la inclusión en el presupuesto de asignaciones suficientes para el mantenimiento de todos los servicios en proporción adecuada a sus necesidades, a fin de evitar que la cuestión continúe librada al resultado de negociaciones de imprevisible resultado. Estos mecanismos solamente podrían asegurarse mediante una ley, que deba ser respetada tanto por el área financiera del poder ejecutivo, como por la Comisión de Presupuesto del Congreso.

[105] Las municipalidades cumplen funciones de control en materia de higiene y saneamiento ambiental, así como funciones de asistencia social. En este ámbito están obligadas a coordinar su actividad con la autoridad de salud, por el artículo 164 de la Ley de Régimen Municipal. Por su parte, el artículo 205 del Código de la Salud prohibe que los presupuestos municipales entren en vigencia si no se han hecho constar las partidas suficientes para el cumplimiento de las funciones que les corresponden en materia de salud.

[106] Supra 1.5.2.

4.0. MARCO LEGAL PARA EL APOYO FINANCIERO GUBERNAMENTAL PARA SEGUROS DE SALUD PRIVADOS

El contenido de este capítulo se refiere a los precedentes legales respecto al otorgamiento de apoyo financiero gubernamental para seguros de salud, así como a los posibles obstáculos legales para cumplir ese propósito; a los impuestos derivados de la contratación individual o por grupo de seguros de salud; a la existencia de planes de salud gubernamentales con pago anticipado y a la práctica médica privada en función de planes de salud con pagos anticipados.

4.1. Seguro social y seguro privado

El seguro social es obligatorio para los trabajadores bajo relación de dependencia[107]. Comprende las prestaciones para enfermedad, maternidad, desocupación, invalidez, vejez y muerte. El sistema de seguro social no crea un vínculo contractual entre los afiliados y la institución a cuyo cargo corre la prestación del servicio, sino una relación típica en la prestación de servicios públicos, cuyas características y contenido no son de libre discusión sino que dependen de regulaciones imperativas, tanto para el usuario como para la institución.

El IESS atiende las necesidades y riesgos de sus afiliados sin hacer variaciones en el costo de la prima según la gravedad del siniestro o la amplitud de la cobertura, porque el sistema se organiza a partir de la noción de solidaridad social y puede funcionar mediante el empleo de sistemas de cálculo que permiten compartir y distribuir los riesgos. En consecuencia, ni hay selección ni clasificación de los riesgos asumidos, ni relación proporcional entre el importe de la cotización y el grado de peligrosidad del riesgo.

Las prestaciones relacionadas con la salud, se atienden a través de unidades médicas organizadas por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Este régimen de seguro no incluye a los familiares de los asegurados, salvo casos de excepción, lo que significa que menos del quince por ciento de la población está protegida por este sistema y la mayoría no participa de sus beneficios.

En el sistema de seguro privado, en cambio, la relación es contractual y, por lo mismo voluntaria. No se imponen imperativamente y se atienden sólo las prestaciones expresamente contratadas[108].

Si los riesgos que afectan a la salud humana se trasladan a una compañía de seguros, el sistema se sujeta a las normas generales sobre este tipo de contratos. La prestación del servicio asume dos modalidades: en la primera, aunque el valor de la asistencia médica sea cubierto por la compañía de seguros, el afiliado escoge el médico o institución de salud; en la segunda, se organizan sistemas de asistencia con unidades médicas propias o con restricciones de centros hospitalarios y profesionales, a quienes la aseguradora paga por el servicio prestado, bajo ciertas condiciones.

---

[107] Artículo 3 de la Ley de Seguro Social Obligatorio y 5 de los Estatutos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

[108] El contenido de toda póliza de seguros, para poder ser ofrecido al público por una compañía aseguradora, debe haber recibido aprobación por la Superintendencia de Bancos y Seguros

En los seguros privados, la tasa se halla en relación directa con la gravedad del riesgo, lo que permite al sistema autofinanciarse con el valor que cancelan los asegurados.

4.2. Financiamiento del seguro social

Según la Constitución, el seguro social se financia con el aporte equitativo del Estado, de los empleadores y asegurados[109]. El seguro social es una entidad autónoma, con personería jurídica y fondos propios distintos de los del fisco[110], aunque el Estado está obligado a brindar apoyo financiero al sistema, pues, entre los fondos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, la ley menciona la contribución estatal equivalente al 40% de las pensiones que paga el Instituto, y la dedicada a la defensa del campesinado[111].

4.3. Apoyo financiero gubernamental para seguros de salud privados.

Constitucionalmente se consagra el derecho de las personas a un nivel de vida que asegure la salud y sobre el mismo aspecto se agrega que es derecho de los ecuatorianos la atención de su salud, por medio de la socialización de la medicina[112]. Por su parte, el Código de la Salud reitera que el estado fomentará y promoverá la salud individual y colectiva[113], pero ninguna de estas disposiciones pueden tenerse como fundamentación legal expresa para que se brinde un apoyo financiero gubernamental para seguros de salud privados.

El apoyo gubernamental para servicios de salud privados--no para sistemas de seguros privados--hasta ahora se ha concretado solamente con instituciones no lucrativas mediante convenios celebrados con el Ministerio de Salud, en los cuales se ha entregado asignaciones con objeto específico[114]. En alguna de estas modalidades puede haber un subsidio indirecto, pero formalmente lo que existe es un pago por servicios prestados, en el marco de un convenio.

Ante la falta de norma expresa, surge la interrogante respecto a la posibilidad de que el gobierno ecuatoriano apoye a los seguros privados de salud, por no hallarse prohibida su intervención, en la hipótesis de que tuviera la decisión política y los recursos para ello.

Si bien según la Constitución, ningún organismo ni autoridad pública pueden ejercer otras facultades que las previstas en la propia Constitución y en las leyes[115], la situación descrita no corresponde al ejercicio de potestades

---

[109] Artículo 29 numeral 1 de la Constitución

[110] Artículo 2 de la Ley de Seguro Social Obligatorio

[111] Artículo 165 numeral 10 y 23 de la Ley de Seguro Social Obligatorio.

[112] Artículo 19 numeral 14 y Artículo 29 numeral 2 de la Constitución.

[113] Artículo 96 del Código de la Salud

[114] Supra 3.2. página 36

[115] Artículo 39 de la Constitución

estatales en una relación de subordinación de los particulares, sino a una modalidad particular para dar atención a la demanda social de servicios de salud. No habría, por consiguiente, inconveniente constitucional, pero para hacerlo habría que cumplir ciertas exigencias, cuyo origen ha quedado ya determinado:

- El apoyo financiero a seguros de salud privados debería asumir carácter de generalidad, a menos que se opere mediante el sistema de concurso y licitación;

- La disposición y empleo de recursos financieros debería hacerse conforme a las normas generales sobre manejo de fondos públicos. La actividad tendría que considerarse dentro de un plan operativo del Ministerio de Salud y contemplarse en una partida específica en el presupuesto general del Estado[116];

- Las regulaciones para el funcionamiento del sistema deberían establecerse mediante normas generales. Si éstas constan en una ley, la posibilidad de definirlas de acuerdo a las necesidades sería mayor; pero bien podrían provenir, con menos ámbito de discrecionalidad, del propio poder Ejecutivo.

4.4. Planes de salud con pagos anticipados

Los sistemas de atención médica privada que operan con planes de pago anticipado, como los mantenidos por las empresas Ecuasanitas[117] y Operación Amigo[118], no reciben ni han recibido apoyo financiero del Estado. Al contrario, sus directivos manifiestan haber encontrado dificultades fundamentalmente de orden burocrático, precisamente debido a la falta de una definición legal acerca de la naturaleza del servicio. Incluso se han presentado reclamos por parte del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y de algunas compañías de seguros, alegando que esas empresas funcionan como aseguradoras sin serlo.

La controversia ha surgido precisamente porque no existen normas legales que regulen específicamente este tipo de actividad. Les son aplicables las normas generales sobre la práctica médica, en cuanto a los servicios en sí y el régimen general de los contratos privados, en el que prima el principio de la autonomía de la voluntad de las partes, en lo demás. Hay que tener en cuenta que desde el punto de vista de la actividad privada, la falta de regulación legal específica significa mayor libertad de acción. El riesgo que se paga por eso, en ocasiones, es cierto grado de incertidumbre.

---

[116] Artículos 44, 55, 56 y 58 de la Ley Orgánica de Administración Financiera y Control.

[117] Esta empresa exige como pago un valor único y fijo. Los criterios de variación no están en función del riesgo o de la cobertura sino del número de personas protegidas: individual, familiar o de grupo.

[118] Este programa de asistencia médica supone el pago de una prima a una compañía de seguros, la cual a su vez asegura a la compañía que presta la atención y administra los recursos. En realidad, el afiliado contrata directamente con la compañía de seguros.

4.5. La tributación en los sistemas privados de seguros de salud

En materia impositiva, el sistema de seguros privados de salud tampoco tiene un tratamiento específico. Como cualquier otra actividad lucrativa, pesan sobre su ejercicio el impuesto a la renta y, para ciertos aspectos, el impuesto al valor agregado (IVA).

Precisamente uno de los servicios gravados por el IVA es la emisión de pólizas de seguros en todas sus formas. La tarifa del impuesto es del 10% [119].

Los pagos o créditos que se realicen a favor de compañías de seguros y reaseguros legalmente establecidas, están sujetos a retención en la fuente en un porcentaje similar al establecido para las compras de bienes muebles, y se calculará sobre el 10% de las primas facturadas o planilladas, sin limitación de montos mínimos.

Dentro del impuesto a la renta, son sujetos pasivos las personas naturales o jurídicas que obtengan ingresos gravados[120], por tanto, los empleadores que contratan colectivamente seguros de salud privados, al determinar la base imponible del impuesto a la renta, deducirán los gastos que se efectúen al contratar primas de seguros que cubran riesgos personales de los trabajadores[121]; pero si la contratación la hacen directamente los trabajadores, sea en grupo o individualmente, el valor que paguen por la póliza no se deduce de la base imponible de su impuesto a la renta.

Cabe distinguir que los sistemas de asistencia médica privada que funcionan bajo la modalidad de servicios prepagados, no tributan como compañías de seguros, porque no lo son, pero si deben tributar como compañías mercantiles y las empresas que actualmente existen así lo hacen.

Si el plan de servicios prepagados se contrata como beneficio laboral por parte del empleador para sus trabajadores, tampoco se ha contemplado un tratamiento de excepción en materia impositiva, a más de la deducción del costo como gasto corriente.

4.6. Planes gubernamentales de salud con pago anticipado

No hay disposiciones legales que contemplen el sistema de planes de salud con pago anticipado de parte del gobierno. La aspiración en cuanto a la prestación de servicios de salud estatales es que sean gratuitos[122], y aquellos servicios de salud dependientes del seguro social tampoco operan bajo el sistema de pago anticipado.

---

[119] Artículo 55 numeral 19 y Art. 63 de la Ley de régimen tributario interno.

[120] Artículo 4 de la Ley de régimen tributario interno

[121] Artículo 10 numeral 4 de la Ley de régimen tributario interno.

[122] Decreto 915 del Ministerio de Salud Pública, RO 391: 05.03.81

4.7. Regulaciones para la práctica médica privada dentro de planes de salud con pagos anticipados

No existen normas legales o regulaciones administrativas mediante las cuales se regule algún aspecto de la práctica médica privada con los planes de salud por pagos anticipados.

En los sistemas existentes por pago anticipado, el personal médico y de servicios médicos constituye un grupo cerrado. Unos son asociados, otros proveedores que han acordado ofrecer sus servicios bajo términos de participación y que forman parte del sistema sin tener relación de dependencia. Los médicos son profesionales en libre ejercicio que atienden en sus consultas, pero conforman un grupo que tiene garantizado un número de pacientes atraídos por el plan prepagado.

Existe cierto control sobre la prestación profesional por parte de la compañía que maneja uno de los planes, la cual exige aplicar una tabla de tarifas y que los diagnósticos y tratamientos sean aprobados antes de brindarse. De este modo, la compañía que presta el servicio de atención médica controla el tratamiento y analiza la necesidad de las acciones recomendadas, como en el caso de una cirugía. El valor de la atención es cancelado de distinta manera en cada uno de los sistemas analizados. En el un caso, el paciente paga el veinte por ciento y la diferencia es posteriormente cancelada por la compañía. En el otro, el médico cobra un "cheque de asistencia" que porta el asociado y a fin de mes se presentan al cobro todos esos cheques a la empresa. Este mecanismo es utilizado también en todo lo que corresponde a laboratorios, exámenes, hospitalización y demás.

En los sistemas de planes de pago anticipado, las compañías que brindan servicios de salud, además del grupo de médicos, suelen trabajar con centros propios, especialmente clínicas en las cuales atienden a los afiliados, pero que reciben también pacientes ajenos al sistema. El personal médico que trabaja en esta clase de clínicas si tiene relación de dependencia con la compañía que presta el servicio de salud.

En el régimen jurídico vigente, la atención médica en los sistemas que funcionan con planes de pago anticipado, aunque se preste a través de un grupo profesional cerrado, lo que conlleva una limitación a la libertad de escoger, no se considera una práctica incorrecta, porque no hay norma alguna que prohiba esta forma de prestación de servicios y la limitación es el resultado de un contrato libremente celebrado.

5.0. ELECCION LIBRE DE PLANES DE SEGURO PRIVADO O SEGURO DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Este capítulo trata los temas siguientes: obstáculos legales para que los asegurados al IESS utilicen parte de su contribución para inscribir y pagar por un plan de seguro privado, a su elección.

5.1. Seguridad social y seguro social

En el esquema de la Constitución, la seguridad social es un concepto general que se cumple en el sistema jurídico ecuatoriano a través de medidas que el Estado mantiene. Una de éstas es el sistema de seguro social obligatorio, financiado mediante aportes del Estado, de los trabajadores y los empleadores. La atención a la salud de la población es un concepto que forma parte del general de seguridad social, pero que no se brinda exclusivamente a través del seguro social[123].

5.2. Posibilidades legales para elegir libremente seguros de salud privados

Una de las prestaciones del seguro social es la atención a la salud de los afiliados. Es decir que en virtud de la citada disposición constitucional, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social no puede dejar de ofrecer a sus afiliados un seguro médico. Esto no significa, sin embargo, que esté obligado a mantener hospitales y demás unidades de atención médica. También prescribe la Constitución el sistema de afiliación obligatoria.

En consecuencia, sería necesaria una enmienda constitucional previa o una interpretación con carácter obligatorio acerca del alcance del artículo 29, para que mediante una ley se pueda establecer un sistema por el cual los asegurados al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social puedan contratar un plan de seguro privado a su elección y pagarlo restando una cantidad de su aporte obligatorio al IESS. Sería en cambio posible, desde el punto de vista constitucional, que la ley estableciera una suerte de intermediación del IESS, para que sea éste quien contrate con la compañía privada la prestación de servicios de salud para cubrir el seguro, porque, como se dijo, la disposición constitucional no exige que el sistema de seguro social preste directamente los servicios de salud. En cambio, sí habría limitaciones constitucionales para eliminar la afiliación obligatoria, porque, como se dijo, según la Constitución, tanto empleadores como trabajadores contribuyen al financiamiento del Seguro Social. Debe tenerse en cuenta, además, que los ingresos del IESS por aportes, fondos de reserva, descuentos, multas y utilidades de inversiones no podrán bajo ningún concepto destinarse a otros fines que a los de su creación y funciones[124].

---

[123] Artículo 29 de la Constitución

[124] Artículos 1 y 2 de la Ley de Seguro Social Obligatorio.

5.3. Los seguros de salud privados en los contratos colectivos

A pesar de la generalidad del enunciado constitucional, la Ley de Seguro Social limita la afiliación obligatoria al sistema a los trabajadores en relación de dependencia[125]. Sin embargo, como resultado de las negociaciones entre empleadores y trabajadores en los contratos colectivos se ha superado la protección que ofrece la seguridad social y los trabajadores, tanto del sector público como del privado, en considerable proporción han obtenido a manera de beneficio social que se contemple la contratación de al menos una póliza de seguro contra accidentes y muerte, y una póliza de seguro de atención médica, o la afiliación a sistemas médicos privados. Esto refleja que los trabajadores se consideran mejor protegidos con un seguro privado que con el régimen de seguro social, cuya obligatoriedad se mantiene de manera que coexiste con el seguro privado contratado[126].

Como la proliferación de cláusulas mediante las cuales se contratan seguros adicionales de salud, llegó a proporciones considerables, inclusive en el sector público, para evitar la duplicación en los egresos por conceptos similares, quedó prohibido que en los contratos colectivos que celebren las entidades del sector público[127], se acuerde la contratación con empresas privadas de servicios o prestaciones que se encuentren atendidos por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

A pesar de la prohibición en el sector público continúan celebrándose contratos con prestaciones que fijan beneficios de pólizas por servicios de salud[128], generalmente gracias a que habiéndose adquirido el beneficio con anterioridad a la vigencia del Decreto 2260, no puede suprimírselo por el principio de intangibilidad de los derechos laborales.

En muchos contratos colectivos se consigna la obligación del empleador de establecer o mejorar los servicios médicos, paramédicos, dentales y de laboratorio en la empresa, y en otros casos se plantea que se contratará estos

---

[125] Ley de Seguro Social Obligatorio, artículos 37 y 38

[126] Así, en el Contrato Colectivo de la Empresa Nacional de Ferrocarriles del Estado art. 32. y en el art. 51 del IV Contrato Colectivo de Trabajo de lo que era FETRACEPE (julio de 1988) se establecía la obligación de contratar una póliza de asistencia médica. Este beneficio sustituía y modificaba la obligación de CEPE sobre el beneficio de reposición de gastos de tratamiento médico y ambulatorio, para el trabajador, su cónyuge o conviviente y los hijos que dependan de aquel. En el art. 48 del I Contrato Colectivo Unico de trabajo de la Unión Nacional de Sindicatos del IEOS (1988-1990) se dice que éste mantendrá una póliza de seguros por gastos médicos con un monto límite (400.000 sucres). Se agrega que el IEOS prestará su colaboración para los trámites en la compañía aseguradora, a fin de que el pago de beneficios se haga en el menor tiempo posible. La póliza debe amparar al trabajador a toda hora del día y todos los días del año, en cualquier lugar.

[127] Decreto Ejecutivo 2260, RO 641: 13.03.91, artículo 4

[128] Según el Boletín Estadístico No. 66 del Ministerio de Trabajo y Recursos Humanos, en 1989, 196 contratos colectivos contemplaron la contratación de una póliza de seguro de salud y en 34 casos el pago de recetas y gastos médicos para el trabajador y familiares. En 1991 los contratos colectivos en los que se establece una póliza de seguros por atención médica, accidente o muerte es de 191, y son 33 los que consideran el pago de recetas o gastos médicos del trabajador y sus familiares

servicios con clínicas particulares para que atiendan a los trabajadores y a sus familiares íntimos[129], así como la contratación de una póliza de vida en grupo y asistencia médica y hospitalaria para trabajadores y familiares[130] .

La mayoría de contratos colectivos contemplan una cláusula sobre subsidio de enfermedad en la que se reconoce al trabajador el derecho a percibir completa la remuneración por el tiempo en que se halle incapacitado para el trabajo.

Otra cláusula frecuente en los contratos colectivos es la que para casos de invalidez o muerte de un trabajador, a consecuencia de un accidente de trabajo, obliga al empleador a pagar valores adicionales, diciendo expresamente "sin perjuicio de las prestaciones que otorga el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social"[131].

5.4. El contrato colectivo frente a posibles cambios en la modalidad para la prestación de los servicios de salud.

Un contrato colectivo no es oponible a terceros, de manera que los únicos contratos colectivos de los cuales podría desprenderse algún obstáculo para la posible contratación de un plan de salud privado como alternativa al del IESS, son los que le obliguen a este Instituto por haberlos suscrito en calidad de empleador.

El vigente contrato colectivo celebrado entre el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y sus trabajadores[132], no contempla normas que obliguen a mantener la estructura actual del IESS, a menos que tal modificación conlleve disminución en el número de trabajadores, lo cual se consideraría atentatorio a la estabilidad garantizada por el propio contrato. De manera que, si hipotéticamente se suprimiera el servicio médico o se redujeran sus dimensiones, al menos que el personal fuera reubicado, habría lugar al pago de indemnizaciones según lo establecido en el artículo 6; sin perjuicio de que los trabajadores intenten colectivamente que el empleador desista de la medida.

Se examinó ya el marco general existente para las relaciones laborales y particularmente para la contratación y la reclamación colectivas en el sector público[133]. La evaluación de estos obstáculos debería, por consiguiente, hacerse dentro de este nuevo marco. Al respecto, también para este caso es

---

[129] Ejemplo de este caso es el tercer contrato colectivo celebrado por el Banco Nacional de Fomento con sus trabajadores el 21 de Junio de 1991, arts. 59 y 60.

[130] Inecel firmó el 20 de Mayo de 1990 el Sexto contrato colectivo con el sindicato de choferes profesionales de INECEL, cuyo art. 69. Como el INECEL no había dado cumplimiento a esta obligación bajo los términos de este contrato colectivo sino del anterior, el 20 de febrero de 1991 firman un convenio para que las Organizaciones Sindicales contraten la póliza y el 1 de julio de 1991 otro convenio ampliatorio para que la póliza contratada sea endosada a INECEL.

[131] Contrato Colectivo Coca-cola de 1ro. de Julio de 1988 art.17

[132] Celebrado el 2 de julio de 1990. Conforme al art. 4 durará este contrato dos años a partir de enero de 1990, pero mientras no se suscriba el nuevo, continuará vigente el presente.

[133] Supra 2.5., página 23

preciso tener en cuenta que las paralizaciones de actividades y otras medidas de hecho adoptadas por los trabajadores de los servicios médicos del IESS, se han producido al margen de la legislación laboral.

5.5. Proyectos de reformas

A pesar de las críticas que ha sufrido el sistema de seguridad social obligatoria, actualmente en el Congreso Nacional tan solo cursa un proyecto de reformas presentado por el Partido Conservador[134]. Al sustentar el proyecto se afirma que la seguridad social ecuatoriana brinda prestaciones solamente al trabajador afiliado, más no a su familia y que el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, como administrador del sistema, ha deteriorado la calidad de los servicios que presta, a más de mostrar disminución en su solvencia económica, por lo que deberían darse opciones al trabajador para "elegir con mayor libertad y decidir como conseguir su mayor bienestar". Se orienta entonces el proyecto a permitir que la seguridad social también pueda ser contratada privadamente, con la supervisión del Estado. La norma legal reformada diría que el Seguro Social, por sí o por delegación a organismos de aseguramiento privado, protegerá a los trabajadores contra los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte, accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, cesantía y los otros cuyos seguros se establecieren posteriormente con financiación propia.

Se garantiza en el mencionado proyecto de reformas el derecho de los trabajadores a solicitar y ser atendidos por el Seguro Social en la contratación privada de todas o de una cualquiera de las prestaciones establecidas en esta ley destinando para ello el porcentaje calculado para cada prestación, si el monto fuere inferior, el exceso servirá para el financiamiento y desarrollo de actividades de promoción social propias de los trabajadores y sus familias, si fuere mayor se comunicará a los trabajadores para que soliciten el faltante como contribución voluntaria al empleador y que al aceptarla se volverá obligatoria por el tiempo que dure la contratación.

Este proyecto extendería la seguridad social a las familias de los trabajadores si de mutuo acuerdo, por economía de costos, empleadores y trabajadores así lo deciden.

[134] Proyecto signado con el número III-90-034.

6.0. LEYES Y REGLAMENTOS RELACIONADOS CON LA PRACTICA MEDICA PRIVADA.

Se examina en este capítulo el marco legal aplicable a la práctica médica privada, incluido el régimen tributario, las regulaciones de trabajo y tarifas de salarios. Se hace un recuento de los requerimientos para permisos de funcionamiento de hospitales y clínicas y se analiza las disposiciones legales sobre importación de medicinas, equipos e implementos médicos, así como las existentes sobre el control de precios en la venta de medicamentos.

6.1. Leyes sobre el ejercicio profesional

La Ley de la Federación Médica Ecuatoriana[135], es el cuerpo legal que regula el ejercicio, perfeccionamiento y defensa profesional de la clase médica. Lo fundamental de sus disposiciones respecto a tal ejercicio, se contrae a lo siguiente:

6.1.1. Requisitos para ejercer la profesión médica

Pueden ejercer la profesión médica, únicamente quienes reúnan los siguientes requisitos[136]:

- Haber obtenido el título profesional en el Ecuador; haberlo revalidado debidamente si se lo obtuvo en el extranjero o, si hallándose amparados por convenios internacionales vigentes, los profesionales se someten a las respectivas disposiciones legales.

- Registrar los títulos en el Ministerio de Salud Pública, observándose lo que al respecto establece el Código de la Salud[137];

- Cumplir el año de medicina rural[138];

[135] Decreto No.3576-A. Registro Oficial 876: 17.07.79.

[136] Artículo 34 de la Ley de la Federación Médica

[137] El artículo 174 del Código de la Salud determina la imposibilidad de ejercer las profesiones de médico-cirujano, químico-farmacéutico, odontólogo, médico-veterinario, obstetriz o enfermera, si no se ha obtenido el título correspondiente, otorgado o revalidado por una universidad del país. Estos títulos deben ser inscritos en el registro de la Dirección Nacional de Salud y anotados en la Jefatura Provincial de la circunscripción territorial en la cual ejerzan la profesión.

[138] Artículo 175 del Código de la Salud

- Obligatoriedad de afiliarse a los colegios médicos: la Ley de la Federación Médica[139], establece que una vez inscrito el título en Ministerio de Salud, todos los médicos que ejerzan su profesión en el Ecuador tienen la obligación de afiliarse a uno de los Colegios Médicos Provinciales[140].

La ley prohibe expresamente a las empresas y compañías nacionales y extranjeras que ejerzan actividades en el país, contratar médicos que no se hallen legalmente admitidos en el ejercicio de su profesión en el Ecuador[141].

6.1.2. Mala práctica médica

Si bien la Ley de la Federación Médica de manera general establece la prohibición de que se practique ilegalmente la medicina[142], no existe ninguna norma expresa en relación con la mala práctica médica; de manera que, en cuanto al problema de la responsabilidad jurídica derivada del ejercicio médico deben aplicarse los principios generales del Derecho Civil[143], respecto a la obligación de reparar los daños causados a terceros por negligencia, sin perjuicio de la sanción penal a la que habría lugar si se comprobara intencionalidad.

A manera de un mecanismo paralelo, la ley ha establecido un Tribunal de Honor del Colegio Médico en cada provincia, para que conozca y juzgue la conducta del médico en cuestiones relativas a su ejercicio profesional[144], con atribuciones para imponer sanciones que van desde la amonestación hasta la suspensión y expulsión[145], medidas éstas últimas que conllevan la prohibición del ejercicio profesional, pero que no pueden imponerse sino después de que haya sentencia ejecutoriada por delitos relativos al ejercicio profesional[146]. El Tribunal de Honor no puede actuar sino con base en acusación escrita de persona interesada, debiendo el acusado ser previamente oído para su defensa. De la resolución del Tribunal de Honor puede apelarse a la Comisión Ejecutiva Nacional[147].

---

[139] Art.1 de la Ley de la Federación Médica

[140] El artículo 13 de la Ley de la Federación Médica, determina que en las provincias en las que residan 20 o más médicos en ejercicio profesional, la Comisión Ejecutiva de la Federación autorizará la organización del Colegio Médico. Para el caso de los lugares en donde no exista Colegio Médico, los médicos deberán afiliarse al más próximo (Artículo 14).

[141] Artículo 34 de la Ley de la Federación Médica

[142] Artículo 30 literal f) de la Ley de la Federación Médica.

[143] Artículo 2241 del Código Civil.

[144] Artículo 22 de la Ley de la Federación Médica

[145] Artículo 25 de la Ley de la Federación Médica

[146] Ley 27, RO 211: 14.06.89

[147] Artículo 28 de la Ley de la Federación Médica.

6.2. Regulaciones laborales generales y tarifas de salarios.

El médico que ejerce su profesión libremente, sin relación de dependencia y el que lo hace bajo las órdenes de otra persona, natural o jurídica, a cambio de una remuneración, se hallan sujetos a regímenes jurídicos diferentes.

6.2.1. Honorarios por servicios médicos en caso de ejercicio profesional por cuenta propia

Si bien el Reglamento de Servicios de Salud Privados establece que los honorarios médicos serán cobrados de acuerdo a los aranceles establecidos por la Federación Médica Ecuatoriana y aprobados por la Dirección General de Salud[148], tal disposición no se aplica en la práctica. La Federación Médica no ha establecido esos aranceles y, por lo mismo, la fijación de honorarios por servicios médicos queda librada a la libre convención entre médico y paciente.

6.2.2. Remuneración de los médicos que trabajan en relación de dependencia

6.2.2.1. En el sector público

Si el empleador es el Gobierno Nacional o cualquiera de sus dependencias administrativas, o los gobiernos seccionales, o una persona jurídica creada por ley para el ejercicio de la potestad estatal, la relación de servicio del médico se considera de Derecho Público y se rige por las normas del Derecho Administrativo[149]. Entre éstas, son de aplicación general las contenidas en la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa y en la Ley de Remuneraciones de los Servidores Públicos. Para las dependencias de los gobiernos seccionales, la relación de servicio está sujeta a las normas contenidas en la respectiva ordenanza, propia de cada Municipio o Consejo Provincial.

Como empleado del sector público, el médico percibe una remuneración compuesta por los rubros siguientes: el sueldo básico, las asignaciones complementarias[150], los gastos de representación, los pagos por delegaciones o representaciones ante otras entidades u organismos y los recargos por horas de trabajo adicionales a la jornada ordinaria. Sin que formen parte de la remuneración, puede percibir también haberes mensuales correspondientes a gastos de residencia, alimentación, viáticos, subsistencias, subsidio familiar y servicios sociales[151].

---

[148] Numeral 6 del Anexo 4 al Reglamento de Servicios de Salud Privados, Acuerdo 12005, RO 882: 26.07.79

[149] Artículo 125 de la Constitución

[150] Las asignaciones complementarias que constituyen retribuciones adicionales al sueldo básico son: subsidio de antigüedad, subsidio por circunstancias geográficas, las remuneraciones adicionales (décimo tercero, décimo cuarto y décimo quinto sueldos) y la bonificación por títulos académicos de especialización, según el artículo 4 de la Ley de Remuneraciones, DS 1338, RO 714: 03.01.75

[151] Artículo 2 de la Ley de Remuneraciones. La distinción entre los haberes que forman parte de la remuneración y los que quedan fuera de ella, tiene importancia para efectos del cálculo de los aportes correspondientes a la afiliación obligatoria al IESS.

El sueldo básico se fija anualmente. Al hacerlo, el Ministro de Finanzas atribuye valores a cada uno de los grados o niveles de una escala general elaborada por la Dirección Nacional de Personal, dentro de la cual se agrupan las distintas clases de puestos[152].

Toda vacante de un cargo médico en el sector público debe llenarse previo concurso[153], controlado por representantes de la respectiva entidad y del Colegio Médico Provincial y según el trámite previsto en un Reglamento expedido por la Federación Médica y aprobado por el Ministro de Salud[154].

La duración de la jornada de labor será la fijada en la respectiva convocatoria[155], pero no podrá ser inferior a cuatro horas diarias ni a veinte semanales[156]. En caso de que el trabajo fuere a tiempo parcial, para la determinación del sueldo básico debe aplicarse un coeficiente en relación al básico fijado para tiempo completo[157].

6.2.2.2. En el sector privado

Si los servicios profesionales del médico se prestan bajo la dependencia de un empleador privado, la relación se sujeta a la legislación laboral. Los sueldos pueden fijarse convencionalmente, pero en ningún caso en cantidades inferiores a los mínimos legales[158].

Los salarios mínimos son de dos clases: el mínimo vital general, que debe fijarlo semestralmente el Consejo Nacional de Salarios[159] y el sectorial, que se fija anualmente por ramas de actividad, mediante Acuerdo Ministerial, con la intervención de comisiones tripartitas[160].

---

[152] Mediante Resolución DNP-CLAS 079, RO 132 (Suplemento): 20.02.89 se agruparon los puestos correspondientes a la serie de medicina, en la forma siguiente: médico rural, en el grado 25; médico residente, en el 26; médico 1 en el 27; médico 2, en el 28; médico 3, en el 29; médico 4, en el 30; médico 5, en el 31; médico 6, en el 32. La escala general tiene un total de 36 niveles.

[153] Artículo 39 de la Ley de la Federación Médica

[154]

[155] Artículo 12 de la Ley 27, RO 211:14.06.89

[156] Artículo 3 de la Ley de Remuneraciones

[157] Mediante Resolución DNP-CLAS 078, RO 132 (Suplemento): 20.02.89, debe aplicarse el coeficiente de 0,85 en relación al sueldo básico fijado para tiempo completo.

[158] Artículo 80 del Código del Trabajo

[159] Artículo 134 del Código del Trabajo, reformado por el artículo 20 de la Ley 133.

[160] Artículo 125 del código del Trabajo

Si bien existen salarios sectoriales fijados para hospitales, sanatorios, clínicas, consultorios, laboratorios y otras instituciones de asistencia social[161], la escala ocupacional regulada no comprende a los médicos, sino a las otras actividades consideradas auxiliares en el área de la salud, tales como enfermeras, tecnólogos médicos, auxiliares de enfermería y de servicios.

El salario mínimo de los médicos que prestan servicios en relación de dependencia en el sector privado, está fijado legalmente aunque de modo indirecto: la ley dispone que no podrá ser inferior al sueldo básico contemplado para los médicos que laboran en el sector público[162].

6.3. Tributación de los médicos que ejercen privadamente

El ejercicio profesional de la medicina por cuenta propia, como el de toda profesión liberal, está gravado con un impuesto que se aplica sobre la renta[163], concepto que para efectos tributarios a los ingresos de fuente ecuatoriana[164] obtenidos a título gratuito u oneroso que provengan del trabajo, del capital o de ambas fuentes. En consecuencia, la renta del médico está constituida por los ingresos provenientes de sus honorarios profesionales, a los que deberá sumar los demás provenientes del trabajo y del capital; de manera que la base imponible sujeta al impuesto[165], está constituida por todos los ingresos ordinarios y extraordinarios, menos las devoluciones, descuentos, costos, gastos y deducciones imputables a tales ingresos.

Para la liquidación y pago del impuesto, se aplican a la base imponible, las tarifas constantes en una tabla elaborada con criterio progresivo[166].

---

[161] Acuerdo Ministerial 742, RO 836 (Suplemento): 19.12.91

[162] Artículo 8 de la Ley 27, RO 211: 14.06.89, que reforma el artículo 33 de la Ley de la Federación Médica.

[163] Ley de Régimen Tributario Interno, Registro Oficial 341: 22.12.89

[164] Se consideran ingresos de fuente ecuatoriana los que perciban los ecuatorianos o extranjeros por actividades productivas, incluidas las laborales y el ejercicio profesional, realizadas en territorio ecuatoriano, según el artículo 8 de la Ley de Régimen Tributario Interno

[165] Artículo 17 de la Ley de Régimen tributario interno.

[166] Art. 36: Para el caso es aplicable la tabla siguiente:

RENTA 1991

Fracción básica	Exceso sobre la fracción básica hasta	Impuesto sobre la fracción básica	Impuesto sobre la fracción excedente
S/. 0	S/.3.000.000	S/. 0	+ 0%
3.000.000	7.500.000	0	+10%
7.500.000	15.000.000	450.000	+15%
15.000.000	37.500.000	1.575.000	+20%
37.500.000	en adelante	6.075.000	+25%

Todo contribuyente está obligado a formular una declaración anual. Están exentos de esta obligación quienes se hayan acogido al sistema de estimación objetiva global[167] y aquellos cuyos ingresos brutos durante el ejercicio fiscal no excedan de la fracción básica con tarifa cero para el cálculo del impuesto[168].

Si bien el pago del impuesto es anual[169], existe un sistema de dividendos anticipados, según el cual dentro de cada ejercicio debe haberse pagado el ochenta por ciento del impuesto causado en el ejercicio anterior, a menos que se haya solicitado al Director General de Rentas la reducción o exoneración del pago del anticipo, si las rentas gravables para ese año fueren inferiores al menos en un treinta por ciento, o si las retenciones en la fuente cubren el monto del impuesto a pagar en el actual ejercicio. Si no se ha cumplido con esta obligación, la Dirección General de Rentas emitirá un título de crédito para el cobro, el cual incluirá, a más del anticipo debido, un recargo del 20%, sin perjuicio de los intereses y multas que se causen por el incumplimiento. Las personas acogidas al sistema de estimación global no están obligadas a pagar anticipo[170].

Para facilitar la recaudación del impuesto a la renta, la ley ha establecido un sistema de retenciones en la fuente en cuya virtud toda persona jurídica que realice pagos por conceptos que constituyan renta gravada, está obligada a retener un porcentaje, que para los honorarios profesionales es del 7 por ciento[171], con la obligación de depositarlo, junto con una declaración especial, cada mes[172].

Cabe precisar que la prestación de servicios profesionales médicos, al igual que todos los otros servicios profesionales, no se halla gravada con el impuesto al valor agregado (IVA)[173].

---

[167] Según el Artículo 34 de la Ley de Régimen tributario interno, el Sistema de Estimación Objetiva Global es aquel al cual pueden acogerse las personas naturales no obligadas a llevar contabilidad que ejerzan actividades empresariales o profesionales. La base imponible atribuible se la determina de acuerdo a grupos homogéneos de contribuyentes -médicos, abogados, etc-. No procede la determinación directa o presuntiva respecto de los ingresos de los contribuyentes que se hubieren acogido a este sistema.

[168] Ver cuadro anterior.

[169] Para la declaración y el pago existen plazos cuya expiración se ha fijado en una tabla hecha en función del último dígito del número de cédula o de RUC. El vencimiento de los plazos se ha fijado entre el 12 y 30 de abril de cada año

[170] Artículo 41 de la Ley de Régimen tributario interno.

[171] Acuerdo Ministerial 615, RO 344: 28.12.89

[172] El agente de retención tiene la obligación de expedir un comprobante al momento de practicarse la retención. Este comprobante será presentado por el contribuyente al momento de su declaración.

[173] Artículo 55 de la Ley de Régimen Tributario.

6.4. Requerimientos para funcionamiento de hospitales e institutos médicos privados (incluye especificaciones para planta física, equipo y niveles mínimos de personal).

El Título X del Código de la Salud[174] trata sobre la atención médica, la recuperación de la salud y la rehabilitación de los pacientes. En relación con los establecimientos de atención médica, los artículos 168 y 169 determinan que son las autoridades de salud quienes deben establecer las normas y requisitos que aquéllos deben cumplir para su funcionamiento, entre los cuales está la exigencia de presentar para que sean aprobados los programas anuales y sus reglamentos.

El Código establece además que la administración de los hospitales debe ser ejercida por especialistas en el ramo y que la ubicación, construcción, ampliación y reparación de establecimientos de atención médica, requieren aprobación de la autoridad de salud[175].

Estas disposiciones legales se complementan con las del Reglamento de Servicios de Salud Privados[176], el cual entre otros aspectos incluye las normas de organización y funcionamiento, los procedimientos de control, las normas técnicas y administrativas a las que deben sujetarse los servicios de salud privados. El contenido de este Reglamento se contrae a los siguientes aspectos fundamentales:

6.4.1. Clasificación

Según el Reglamento, los servicios de salud pueden ser:

6.4.1.1. Hospitales privados:

Se denomina así a los servicios que pertenecen a personas naturales o jurídicas de derecho privado que se responsabilizan por la prestación de atención médica, ambulatoria y de hospitalización, teniendo como función primordial la recuperación, sin perjuicio de que se presten también servicios de protección, fomento y rehabilitación[177].

En consideración al tipo de atención que prestan, los hospitales privados pueden ser generales y de especialización. En ambos casos, los hospitales están obligados a funcionar bajo la responsabilidad técnica de un Director Médico[178].

---

[174] Publicado en el Registro Oficial 916: 18.04.88

[175] Artículos 172 y 173 del Código de la Salud.

[176] Acuerdo 12005 del Ministerio de Salud, RO 882: 26.07.79

[177] Artículo 7 del Reglamento de servicios de salud privados

[178] Artículos 8 y 12 del Reglamento de Servicios de Salud Privados.

Los hospitales privados generales están facultados para atender enfermos en las áreas fundamentales--fomento, prevención, recuperación y rehabilitación- a más de ciertas enfermedades transmisibles de denuncia obligatoria y control del Ministerio de Salud. Las enfermedades cuarentenables como viruela, peste, fiebre amarilla y cólera, deben ser tratadas exclusivamente en las unidades de salud del Ministerio.

Los hospitales privados de especialidad pueden atender exclusivamente enfermedades del área médica para la cual tienen autorización.

Desde otro punto de vista y en atención a la dotación de que gozan en cuanto a planta física, equipo mínimo y personal, lo que el Reglamento llama condiciones técnicas de equipamiento y de servicios, los hospitales privados pueden ser de clase "A", "B" o "C", según el porcentaje de requerimientos que cumplan. Un anexo al Reglamento contiene una detallada clasificación mediante la cual se asigna un puntaje a cada requerimiento; así, por ejemplo, si el sistema de disposición de basuras y desechos orgánicos es adecuado, se asignan 10 puntos; si el consejo directivo se reúne mensualmente, 20 puntos[179].

Tanto los hospitales privados generales, como los de especialidad, deben funcionar con un mínimo de 15 camas[180]; teniendo la obligación de destinar el 5% del total de camas para la prestación de atención médica gratuita[181].

6.4.1.2. Institutos Médicos Privados

El Art. 9 del Reglamento denomina así a los organismos de diagnóstico, tratamiento, protección, rehabilitación o fomento que además de cumplir con su función específica, sea o no con hospitalización, realizan investigación y docencia y deben estar asociados a una universidad o instituto de investigación, nacional o del exterior. Deben funcionar bajo la responsabilidad de una junta médica directiva, encargada de designar su representante legal[182].

6.4.2. Permisos y autorizaciones

El Reglamento[183] exige que los servicios de salud privados obtengan un permiso de construcción y un permiso de funcionamiento; para lo cual deben cumplir requisitos de orden formal que expresamente señala y que se reducen a la

---

[179] La lista de requerimientos y los puntajes atribuibles a cada uno constan en el Anexo 2 al Reglamento. El artículo 17 del Reglamento establece la clasificación siguiente:

- Hospitales Privados Clase A. Si cumplen del 80% al 100% de los requerimientos.
- Hospitales Privados Clase B. Si cumplen del 60% al 79% de los requerimientos.
- Hospitales Privados Clase C. Si cumplen del 50% al 59% de los requerimientos. Esta categoría se considera provisional, con el plazo de un año para pasar a las categorías A o B, en ciudades cuya población sobrepase los cien mil habitantes.

[180] Artículo 18 Reglamento de servicios de salud privados

[181] Artículo 20 del Reglamento de servicios de salud privados.

[182] Artículo 13 del Reglamento de servicios de salud privados.

[183] Artículo 10 del Reglamento de servicios de salud privados.

presentación de una detallada solicitud[184], a más de observar las condiciones técnicas de equipamiento y de servicios correspondientes a su naturaleza, a las cuales se ha hecho referencia en el acápite anterior.

6.4.2.1. Permiso de construcción:

Los hospitales privados e institutos médicos para solicitar el permiso de construcción deben cumplir con los siguientes requisitos:

- Estudio previo de factibilidad, aprobado por el Director General de Salud, el cual debe contener un diagnóstico de salud del área, objetivo, programas de servicios; planificación física, de instalaciones, equipamiento y personal; financiación demostrable mediante un plan presupuestario;

- Organigrama estructural con las áreas técnica y administrativa;

- Acreditar un profesional médico como representante legal ante la Dirección General de Salud[185].

6.4.2.2. Permisos de funcionamiento[186]

Los requisitos específicos que se exigen para la obtención del permiso de funcionamiento son:

- Solicitud por triplicado dirigida a la Dirección de Salud, que se la presentará a través de las respectivas Jefaturas Provinciales. El original debe presentarse en papel sellado y firmado por el representante legal.

- La solicitud debe contener el nombre del establecimiento y el tipo; nombre del representante legal; plano del establecimiento por plantas o escala 1:50; listado de equipamiento por ambientes; dirección y teléfono del establecimiento.

- A la solicitud se adjuntan: los programas de actividades; el reglamento interno funcional; y el reglamento interno de trabajo -si se lo tiene-; los recursos físicos y presupuestarios y la nómina del personal médico, de enfermería, auxiliar de enfermería con el número de registro otorgado por el Ministerio de Salud.

---

[184] El texto completo del Reglamento, con sus anexos, consta en la recopilación de normas legales y reglamentarias en materia de salud, que sirve de complemento a este estudio

[185] Artículos 24, 25 y 26 del Reglamento de servicios de salud privados.

[186] El Acuerdo 3511 del Ministerio de Salud Pública publicado en el RO 313: 13.11.89 manda que se exija, como requisito previo para la obtención del permiso de funcionamiento de las unidades hospitalarias privadas que tengan servicios materno-infantiles, el sistema de alojamiento conjunto madre-niño.

- El permiso de funcionamiento debe renovarse anualmente. Los artículos 28 y 29 del Reglamento señalan como requisito para solicitar la renovación del permiso de funcionamiento, el informe que una Comisión Interna emita en relación con la evaluación del servicio de salud y que se lo debe presentar a la Dirección General de Salud. Además, anualmente debe presentarse en esta misma Institución, copia del informe de auditoría interna en el que consten los resultados del manejo administrativo[187].

6.4.2.3. Requerimientos sobre planta física y equipo mínimos para hospitales privados[188]

Se han establecido ciertos requisitos generales, comunes a todos los hospitales y otros específicos, según la capacidad del establecimiento.

6.4.2.3.1. Requerimientos generales

En la planta física, el espacio de administración debe comprender: área de administración, una de contabilidad-caja, una de aseo, un servicio higiénico público y uno de personal.

En consulta externa, emergencia y servicio de diagnóstico, todos los hospitales deben contar con área de información-admisión, una sala de espera, un archivo, una farmacia interna, un laboratorio, un área de rayos x y una de curaciones.

En el área destinada a hospitalización, cada ambiente debe contener un máximo de 6 camas en las cuatro clínicas fundamentales; debiendo por cada dos camas, haber una cama hospitalaria de 4 secciones.

En el área de pediatría existirá una cama hospitalaria de 3 secciones, en varios tamaños.

Las unidades de enfermería cumplirán los siguientes requisitos: una estación de enfermería por piso, un área de aseo, una de utilería sucia, una de ropa limpia y una de ropa sucia y un servicio higiénico por piso.

En servicios especializados: la unidad de Perinatología contará con un lactario. Neonatología tendrá un área de limpios, una de infectados y una de esterilización central[189]. En el centro obstétrico y quirúrgico debe contarse con un vestuario de hombres, un área de partos, una de lavados, un quirófano por cada operación.

---

[187] Anexo 1 del reglamento.

[188] Los requerimientos mínimos sobre planta física, equipo y personal para los institutos médicos privados, están enunciados en el punto 11 del Anexo 2 del Reglamento. Sin embargo, esta parte del Anexo 2 no consta en el original del Acuerdo 12005 que reposa en el Ministerio de Salud, ni apareció publicada en el Registro Oficial 882 de 26 de julio de 1979.

[189] El Acuerdo 3511 del Ministerio de Salud, publicado en el RO 313: 13.11.89 dispone que en el plazo de un año todas las instituciones que presten servicios maternos infantiles deberán establecer el sistema de alojamiento conjunto madre-niño, a fin de fomentar y favorecer la práctica de la lactancia materna.

En Servicios Generales, todos los hospitales deben incluir: cocina, comedor, despensa, bodega general, residencia, casa de máquinas, lavandería, área de plancha y costura, parqueamiento, vestuario del personal masculino, portería y guardianía y accesos con centrales de abastecimientos de emergencia.

6.4.2.3.2. Requisitos para hospitales de 15 a 24 camas:

Dentro de los servicios especializados, en neonatología se debe contar con un área de observación y peralta.

6.4.2.3.3. Requisitos para hospitales de 25 a 49 camas:

En administración, a más de los requerimientos generales se debe contar con un área destinada a la dirección médica.

En el área de hospitalización se incluye un área de utilería limpia por piso.

Dentro del área de servicios especializados, en centro obstétrico y quirúrgico, opcionalmente, se puede incluir área de labor.

6.4.2.3.4. Requisitos para hospitales de 50 a 99 camas:

A más de los requerimientos fijados para los tipos anteriores[190], deben cumplirse los siguientes:

En el área de administración se debe contar con una sala de sesiones, un área de secretaría, un área para la enfermera jefe y una sala de espera.

Dentro del área de servicios especializados, el centro obstétrico y quirúrgico contemplará un vestuario de mujeres, y de forma opcional, área de subesterilización o ambiente de preparación de materiales.

Para servicios generales, deben contar, además, con vestuario de personal femenino.

6.4.2.4. Requerimientos sobre personal mínimo para hospitales privados[191].

También para este punto debe hacerse la misma distinción:

---

[190] Los únicos requisitos que exigiéndose a los anteriores no se exigen a éstos son: dentro de servicios especializados, en neonatología un área de observación y peralta.

[191] El Reglamento de Servicios de Salud Privados, en su Anexo 3, contempla el personal mínimo con el que deben contar los hospitales privados, según se los haya numerado como hospitales 3, 2 o 1.

6.4.2.4.1. Requerimientos generales:

Todos los hospitales deben contar con un director médico; un asistente de administración; un contador; una enfermera de categoría 2[192]; un auxiliar de estadística.

6.4.2.4.2. Requisitos para hospitales de 15 a 24 camas:

A más de los requerimientos generales específicamente debe contar con 3 médicos, 1 médico interno, 2 internos rotativos, una enfermera de categoría 1, 8 auxiliares de enfermería, 3 auxiliares de cocina, un auxiliar de costura, 3 auxiliares de lavandería, 1 portero, 2 auxiliares de limpieza, un guardián.

6.4.2.4.3. Requisitos para hospitales de 25 a 49 camas:

A más de los requerimientos fijados para el tipo anterior, entre su personal mínimo contará con 5 médicos, 2 médicos internos, 15 auxiliares de enfermería, 6 auxiliares de cocina, 2 auxiliares de costura, 4 auxiliares de lavandería, 4 auxiliares de limpieza. Además debe contar con un oficinista, un auxiliar de contabilidad, un auxiliar de farmacia; una ecónoma; un técnico de mantenimiento y un conserje.

6.4.2.4.4. Requisitos para hospitales de 50 a 99 camas:

A más de los requerimientos fijados para los tipos anteriores se requieren 10 médicos, 4 médicos internos, 4 internos rotativos, 6 enfermeras de categoría 1, 25 auxiliares de enfermería, 10 auxiliares de cocina, 6 auxiliares de lavandería, 2 porteros, 6 auxiliares de limpieza, 2 guardianes, 2 técnicos de mantenimiento y 2 conserjes.

Estos hospitales deben tener entre su personal mínimo un proveedor; un guardalmacén; un auxiliar de rayos X; un auxiliar de laboratorio y un jardinero.

6.5. Valores por servicios prestados en hospitales privados.

El anexo 4 del Reglamento de Servicios de Salud Privados, se refiere a los valores que se cobrarán por servicios prestados en hospitales privados, los mismos que previamente deben ser aprobados por la Dirección General de Salud[193].

El numeral 3 del Anexo, con el fin de establecer los rubros de hospitalización, derechos de sala de operaciones o de partos y anestesia, clasifica a las habitaciones en 4 tipos:

---

[192] Según la clasificación para la estructura ocupacional sectorial utilizada por el Consejo Nacional de Salarios, Enfermera 1 es la que, con título profesional de enfermera, tiene al menos dos años de experiencia y, Enfermera 2 la que, siendo licenciada en enfermería, tiene al menos dos años de experiencia. Acuerdo del Ministro de Trabajo 742, RO 836 (Suplemento): 19.12.91

[193] Aunque formalmente vigentes, las tarifas establecidas no se respetan en ningún establecimiento privado, ni existe tampoco acción de control emprendida por autoridad alguna para imponerlas. De otro lado, la cuantía fijada se ha vuelto irrisoria, por efecto de la inflación

- Individual extra (suite);
- Individual con baño y teléfono;
- Múltiple de 2 camas;
- Múltiple de 3 a 6 camas.

Se prohiben habitaciones con más de 6 camas.

Igualmente, se hace una clasificación, en relación con los tipos de operaciones o intervenciones, así: de gran magnitud; de mediana magnitud; de moderada magnitud; de pequeña magnitud [194].

Con base en estas clasificaciones, el Reglamento establece que para la fijación de los derechos de centro quirúrgico se tomarán en consideración la categoría del hospital, el tipo de habitación y la complejidad de la intervención; así:

Derechos de Centro Quirúrgico:

- Hospitales Clase A: Entre S/.900 y S/.3.000;
- Hospitales Clase B: Entre S/.720 y S/.2.400;
- Hospitales Clase C: Entre S/.540 y S/.1.800.

Estos valores se incrementan en un 20% si la intervención dura más de 2 horas; y, en un 20% más si se la realiza durante la noche, esto es entre las 21H00 y las 7H00.

Derechos de Centro Obstétrico:

- Hospitales Clase A: Entre S/.1.100 y S/.2.000;
- Hospitales Clase B: Entre S/.880 y S/.1.600;
- Hospitales Clase C: Entre S/.660 y S/.1.200.

Derechos de anestesia:

A los valores establecidos anteriormente se añadirán los porcentajes de conformidad al tipo de anestesia utilizada: Anestesia general (incluido oxígeno) el 20%; Anestesia regional, el 15%; Anestesia local, el 5%.

Estos valores no incluyen el costo de la anestesia utilizada. Las operaciones de extrema complejidad (corazón abierto, transplantes de órganos) tienen tarifas especiales.

Derechos de hospitalización:

- Hospitales Clase A: Entre S/.500 y S/.1.500;
- Hospitales Clase B: Entre S/.400 y S/.1.200;
- Hospitales Clase C: Entre S/.200 y S/.900.

[194] Numeral 4 del Anexo.

A estos derechos de hospitalización se añadirán los siguientes: Hospitalización del recién nacido -normal- el 20% del valor de la habitación de la madre; Hospitalización del recién nacido -incubadora- el 50% del valor de la habitación de la madre. Los pacientes que solamente utilicen servicios clínicos tendrán un recargo del 20% en la tarifa diaria.

Las tarifas máximas que de acuerdo a sus categorías pueden cobrar los hospitales privados, en relación con los valores establecidos son: los de clase A, el ciento por ciento; los de clase B, el ochenta por ciento y los de clase C, el sesenta por ciento.

6.6. Derechos de aduana en equipos, medicinas y materiales médicos.

Toda mercadería, al ser importada al país, está sujeta al pago de un impuesto, que comprende los denominados derechos arancelarios, llamados ad-valorem cuando gravan las mercaderías en un porcentaje sobre su valor, y específicos, si gravan con unidades monetarias cada unidad física de mercadería[195].

Los derechos arancelarios aplicables a la importación de productos farmacéuticos, están previstos en la Sección VI Capítulo 30 del Arancel de Importaciones y los instrumentos y aparatos de medicina, cirugía, odontología o veterinaria en la Sección XVIII, Capítulo 90. Este Arancel[196] debe ser aplicado en concordancia con las listas anexas a la Ley sobre Cambios Internacionales, conformadas mediante Regulaciones de la Junta Monetaria y en general grava esta clase de productos con el 2 por ciento ad-valorem.

El valor del producto importado que se debe tomar como base para la fijación de los derechos ad-valorem, será, según el artículo 19 de la Ley Arancelaria[197], el precio que conste en la factura, salvo que exista duda acerca de la exactitud de dicho valor.

La clasificación de las mercaderías y el cálculo de los impuestos, son efectuados por la Aduana al momento del aforo, debiendo aplicarse las tarifas del Arancel vigente a la fecha de llegada[198]. En ciertos casos, la Junta Monetaria, junto con los Ministerios de Industrias y de Finanzas, pueden disponer que previamente a la obtención de los permisos de importación, se consigne, por anticipado en calidad de depósito un porcentaje que podrá ser hasta del 80% del valor de los derechos con que el arancel de importación grava la introducción de mercaderías al territorio ecuatoriano. Esta cantidad será recibida como pago a cuenta de los derechos arancelarios, al tiempo de efectuarse por la Aduana la liquidación de los derechos exigibles.

---

[195] Artículos 1 y 2 de la Ley Arancelaria

[196] Decreto Ejecutivo 3367; Registro Oficial 945:28.05.92 (Suplemento)

[197] Decreto No.198-M. Registro Oficial 527 Suplemento: 04.04.74

[198] Artículos 35 de la Ley Arancelaria

A más de los derechos arancelarios, se contempla el pago de tasas por los servicios de aduana[199].

6.6.1. Permisos de Importación

Según el artículo 9 de la Ley Sobre Cambios Internacionales[200], toda importación de mercancías requiere permiso previo del Departamento de Cambios del Banco Central. Se exceptúan de la obligación de obtener este permiso, las importaciones de medicamentos, reactivos químicos para laboratorios, reactivos compuestos para diagnósticos, equipos e instrumentos utilizados en medicina humana y veterinaria, sus partes y piezas[201]. Pero los medicamentos, productos biológicos, drogas o dispositivos médicos, requieren en cambio de permiso previo de la Dirección Nacional de Salud[202]. Sin embargo, en virtud de Regulaciones emitidas por la Junta Monetaria[203], las importaciones de medicinas, ya sea en la forma de productos terminados o de materias primas e insumos utilizados para la fabricación local de medicamentos para uso humano, si están destinados al Programa Nacional de Medicina Infantil Gratuita, al Programa Nacional de Medicamentos Genéricos o al Programa de Control y Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades de Alto Riesgo, no requerirán de la autorización previa de los Ministerios de Industrias, Comercio, Integración y Pesca y de Salud Pública.

6.6.2. Trámite de declaración aduanera y aforos

El importador debe declarar las mercaderías importadas[204]. Para efectos del cumplimiento de las formalidades aduaneras, para lo cual se requiere adjuntar a la declaración los siguientes documentos:

- Copia negociable del Conocimiento de Embarque, Guía Aérea o carta de Porte;
- La factura comercial y
- El Certificado de origen.

Adicionalmente, deben presentarse:

- Copia aprobada del Permiso de importación destinada para la Aduana (en los casos en que procede) y

---

[199] Las que se cobran con carácter general, siempre que se preste el servicio respectivo, son la tasa de almacenaje (40 centavos de dolar por cada kilo bruto en bodegas cubiertas a partir del undécimo día); la tasa por verificación previa, consultas de aforo y análisis de laboratorio (un salario mínimo vital por cada servicio) y la tasa por vigilancia aduanera, que varía según el medio de transporte utilizado: Acuerdo 595, RO 559: 09.11.90

[200] Registro Oficial 532: 04.06.54.

[201] Artículo 12 del Reglamento a la Ley sobre cambios internacionales, RO 254: 16.08.89.

[202] Artículos 133 y 163 del Código de la Salud

[203] Tomo I, Libro II: Política Cambiaria. Título Segundo: "Importaciones" Sección II: Autorizaciones. Art.4

[204] Reglamento General a la Ley Orgánica de Aduanas, RO 691: 16.10.78.

- Autorizaciones, certificaciones y visto bueno de autoridades estatales, certificados liberatorios legalizados por el Banco Central o Acuerdos de Liberación y autorizaciones previas correspondientes, en los casos de regímenes especiales.

Luego de la declaración que debe presentar el importador, como acto privativo de la Aduana, un vistaforador y un valorador -si es que se considera necesario--realizan el aforo, en el cual deben tomar las medidas necesarias para la correcta determinación del valor normal y la tarifa aplicable.

El acto de aforo comprende lo siguiente:

- Análisis de la declaración y de la documentación;
- Determinación de la identidad de los bultos, según lo expresado en la declaración;
- Designación y apertura de los bultos para su verificación;
- Reconocimiento de las mercaderías;
- Comprobación de datos relativos a peso, cantidad, medida y requisitos de origen;
- Determinación de la base imponible a partir del valor CIF, adjuntada a las normas del valor normal según las disposiciones de la Ley Arancelaria;
- Clasificación arancelaria ubicando las mercaderías en las posiciones, subposiciones o items de la nomenclatura arancelaria y
- Determinación de la tarifa arancelaria que corresponda a la clasificación establecida.

6.6.3. Desaduanamiento directo

El Reglamento de la Ley Orgánica de Aduanas[205], faculta a las aduanas del país para que, en los terminales de tráfico internacional, procedan directamente al desaduanamiento en algunos casos especiales, entre los cuales, y en relación a lo que interesa se hallan: "las medicinas que requieran tener condiciones ambientales especiales"; "las vacunas para uso humano o veterinario"; y, "los reactivos para laboratorio, equipos médicos y medicinas de urgente necesidad"[206].

Presentación de garantía: Para esta desaduanización directa, debe presentarse una garantía especial ante el respectivo Administrador de Aduana, mediante cheque certificado a la orden de la Cuenta Unica del Tesoro Nacional o de un depósito realizado en el Banco Central, por un valor equivalente al 150% del valor de los impuestos y derechos. La garantía será entregada por el delegado del Administrador que se encuentre en servicio, al Jefe de Recuadaciones, dentro de las siguientes 24 horas.

En el plazo de 3 días el importador deberá cumplir con las formalidades aduaneras respectivas, ya que de no hacérselo se hará efectiva la garantía.

---

[205] Artículo 145 del Reglamento a la ley orgánica de aduanas.

[206] Artículo 145, literales a, b y h del Reglamento a la ley orgánica de aduanas.

6.6.4. Exoneraciones

6.6.4.1. Importaciones para obras y servicios prioritarios

La Ley de Exoneración de Impuestos a las Importaciones para obras y servicios prioritarios del sector público[207], establece la exoneración de impuestos a las importaciones en los siguientes casos:

- Importaciones de maquinarias, equipos, accesorios, materiales y otros bienes que no se produzcan en el país, que sean necesarios para realizar obras y servicios públicos calificados como prioritarios por el Consejo Nacional de Desarrollo o que se requieran para atender obras de emergencia ejecutadas por organismos del sector público.

- Importaciones de igual tipo que realicen empresas o compañías en las que el 85% o más del capital social corresponda a entidades públicas o de derecho privado con finalidad social o pública

- Importaciones de bienes de capital o materiales, que se realicen al amparo de Convenios Internacionales, créditos de Gobierno a Gobierno o de Organismos Multilaterales[208].

En los dos primeros casos, para la concesión de las exoneraciones, el Ministerio de Finanzas debe expedir un acuerdo de liberación teniendo como base una certificación del Ministerio de Industrias, Comercio, Integración y Pesca en el sentido de que los bienes a importarse no se producen en el país o que no existe la suficiente producción nacional.

6.6.4.2. IVA

Según el Art. 51 de la Ley de Régimen Tributario Interno, el Impuesto al Valor Agregado IVA, que tiene un tarifa del 10%[209], grava tanto la transferencia de dominio como la importación de bienes muebles de naturaleza corporal. Pero, según el artículo 53, no se cobra el IVA sobre:

---

[207] Ley 30. Registro Oficial 218: 23.06.89.

[208] Las exoneración en los dos casos comprende: la totalidad de impuestos generales y especiales, derechos arancelarios, gravámenes adicionales, recargos de estabilización monetaria e impuesto a las transacciones mercantiles (hoy denominado Impuesto al Valor Agregado) y tasas de control aduanero que se establezcan en el correspondiente acuerdo ministerial que las regule.

[209] Artículo 63 de la ley de régimen tributario interno.

- Los medicamentos y drogas para uso humano, de acuerdo a lo que defina el Código de la Salud [210], leches maternizadas, protéicos y dietéticos infantiles, productos veterinarios, así como la materia prima e insumos importados o adquiridos en el mercado interno para producirlos, y sus respectivos envases;

- Los productos que introduzcan al país el Gobierno Nacional, los Consejos Provinciales, las Municipalidades, la Junta de Beneficencia de Guayaquil, la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA) y, en general, los organismos y entidades del Sector Público.

6.6.4.3. Junta Beneficencia de Guayaquil

Las importaciones que efectúe la Junta de Beneficencia de Guayaquil están exoneradas de todos tipo de impuestos y derechos, en virtud de normas especiales[211].

6.7. Control de precios para la venta de medicamentos

El Código de la Salud[212], señala que el Ministerio de Salud Pública, tiene entre sus funciones propiciar una política de abaratamiento de precios de las medicinas y especialidades farmacéuticas para uso humano; además, debe autorizar las importaciones, inspeccionar los laboratorios farmacéuticos para establecer los costos de producción y fijar el precio de las medicinas para uso humano.

El Acuerdo No. 91-006 del Frente Económico[213], establece que los medicamentos de uso humano se regularán de conformidad con el artículo 22, literal a) de la Ley de Defensa del Consumidor[214]. Esta ley en su artículo 22 señala que hay tres tipos de productos:

---

[210] Art.125 del Código de la Salud.- Medicamento es toda preparación o forma farmacéutica cuya fórmula de composición, expresada en unidades del sistema métrico decimal, está constituida por una sustancia o mezcla de sustancias, con peso, volumen y porcentajes constantes, elaborados en laboratorios farmacéuticos legalmente establecidos, envasadas y etiquetadas para ser vendidos como eficaces para el diagnóstico, tratamiento, mitigación o profilaxis de una enfermedad, anomalía física o síntoma, o para el restablecimiento, corrección o modificación del equilibrio de las funciones orgánicas del hombre.Por extensión, se aplica a la asociación de sustancias de valor dietético con indicaciones terapéuticas, o alimentos especialmente preparados, que reemplacen regímenes alimenticios especiales, y a los apósitos o materiales auxiliares.- Art. 126.- Drogas son las sustancias o artículos usados para diagnosticar, curar, aliviar, tratar o prevenir enfermedades del hombre o de los animales, o para modificar la estructura o la función del hombre, o las carentes de acción terapéutica o farmacológica específica, o que teniéndola, no se emplean para ello, sino como coadyuvantes, excipiente o vehículo para la forma farmaceútica.

[211] Supra 2.2.

[212] Artículo 163 del Código de la salud.

[213] Registro Oficial 782: 2.10.91.

[214] Registro Oficial 520: 12.09.90.

- Los bienes de primera necesidad, que son de carácter estratégico y pueden ser objeto de prácticas monopólicas; constan en el literal a), están sujetos a la fijación de precios máximos para el consumidor. Entre éstos se incluyen los medicamentos.

- Los bienes de consumo popular y materias primas indispensables de origen agropecuario, cuya producción requiera ser estimulada, garantizando una adecuada rentabilidad para el productor; constan en el literal b), y están sujetos a la fijación de precios mínimos para el productor.

- Los bienes y servicios no contemplados en los literales anteriores, que constan el literal c) y cuyos precios pueden ser fijados por los proveedores, dentro de los márgenes de utilidad determinados por el Frente Económico. Estos márgenes se determinan sectorialmente a nivel de producción y distribución al por mayor y al por menor.

La Ley de Defensa del Consumidor[215], establece que los precios de los bienes y servicios a los que se refiere el artículo 22, serán fijados a nivel nacional, regional o provincial, por las diferentes Secretarías de Estado, respaldados por estudios integrales y detallados de mercadería, así como de costos de producción, importación y comercialización.

Mediante Ley 152[216] quedó definida la polémica que se había suscitado respecto a la fijación de precios de medicamentos de uso humano, debido a que la ley crea el Consejo Nacional de Fijación de Precios de Medicamentos de uso humano, adscrito al Ministerio de Industrias, Comercio, Integración y Pesca, el mismo que está integrado por el ministro de industrias, que lo preside, el ministro de salud pública y un representante del Congreso Nacional elegido de entre sus miembros, en cuanto al procedimiento para la fijación, revisión, ajuste y control de precios se sujeta a la Ley de Defensa del Consumidor y establece un límite de 20% para las utilidades para la importación y producción de los medicamentos [217].

---

[215] Artículo 24 de la Ley de Defensa del Consumidor.

[216] Registro Oficial 927: 04.05.92.

[217] Antes de la expedición de esta ley, los precios de las medicinas eran fijados por un Comité Interministerial de Precios de Medicamentos de Uso Humano. Los representantes de las empresas farmacéuticas sostenían que como existen productos farmacéuticos fabricados en el Ecuador, y otros que son importados, el Comité fijaba los precios reconociéndole al productor el derecho a una utilidad del 20% en la producción, y a las farmacias un 25% de utilidad sobre el costo al que compran, mientras el Acuerdo No. 91-006, elimina el subsidio a los medicamentos de uso humano que se había establecido mediante Acuerdo Interministerial No. 100-A del Frente Económico de 6 de octubre de 1983 (RO 72: 23.11.86).

Esto originó una gran polémica entre el Gobierno Nacional y las empresas farmacéuticas, ya que éstas, -a decir del Gobierno- "arbitrariamente estaban disponiendo respecto al aumento de precios de las medicinas". Los farmacéuticos se amparaban en la Ley de Libre Importación de Medicamentos. que disponía la libre importación de materias primas y medicamentos de uso humano, estableciendo un límite del 20% de utilidad para la importación y producción de los mismos, las industrias farmacéuticas invocaban el amparo de la Ley de Defensa del Consumidor, cuyo artículo 22 dispone en el literal c) que los proveedores de bienes y servicios podrán fijar los precios de sus productos con un margen de rentabilidad establecido por el Frente Económico y acotaban que si la mencionada ley estableció el límite de utilidad en 20%, no hace falta que el Frente Económico fije otro margen.

En definitiva, el problema fundamental radica en que el Gobierno Nacional sostiene que la Ley de Defensa del Consumidor derogó la Ley de libre importación de medicamentos y, en cambio las industrias farmacéuticas defienden su vigencia.
Para ello se respaldan en el hecho de que el Tribunal de lo Contencioso Administrativo, en enero de 1992, declaró la nulidad de l Reglamento a la fijación de precios de medicamentos de uso humano expedido mediante Decreto Ejecutivo 3472 de noviembre de 1987, por considerar que transgredía las disposiciones sobre libre importación de medicamentos incluidas en la citada ley. Considerando los

ANEXO A

DETALLE DE LOS CONVENIOS SUSCRITOS POR EL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

1.0. CONVENIOS SUSCRITOS CON EL IESS

1990

 # 2836

14.11: Convenio entre el Ministerio de Defensa Nacional, el IESS y el MSP, para el funcionamiento del Hospital Integrado de Huaquillas y comodato entre el IESS y el MSP.

IESS: Entrega en comodato al MSP por 30 años el edificio del Hospital de Huaquillas en donde se atenderá a sus afiliados. Aporta con el personal que se encuentra laborando ahí, paga su remuneración y dota de los equipos existentes.

MSP: Recibe el edificio del IESS, dirige y administra el Hospital. Proporciona equipos, instrumentos y materiales. Dota del personal médico, auxiliar y administrativo, Paga su remuneración. Pone en funcionamiento el hospital.

MDN: Da el equipo e instrumental convenidos. Dota de un médico pediatra, un médico gineco-obstetra y una trabajadora social y paga sus remuneraciones.

Duración: 30 años

1991

 # 659

07.03: Convenio entre el MSP y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social para la atención de la parroquia Pinllopata del cantón Pangua de Cotopaxi y para impulsar la coordinación institucional para el establecimiento del Sistema Nacional de Salud.

IESS: A través del Seguro Social Campesino, la población-afiliada y no afiliada- tiene acceso a los servicios médicos y odontológicos y recibe gratuitamente los fármacos MEGRAME mediante la instalación de una botica popular. El IESS contrata un médico, supervisa al personal del dispensario médico, se encarga de la capacitación técnico-administrativa y del control de los horarios de trabajo del personal de la unidad operativa.

MSP A través de la Dirección Provincial de Salud de Cotopaxi realiza el control de ingresos y egresos de medicamentos de MEGRAME y genéricos, asigna horarios al médico y al odontólogo rural y adecua el local.

s/n

s/f: Convenio suscrito entre el MSP y la Nunciatura Apostólica de Méndez para la renovación de atención médica para los afiliados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la Provincia de Morona Santiago.

2.0. CONVENIOS INTERNACIONALES

2.1. CONVENIOS SUSCRITOS ENTRE GOBIERNOS

1987

 # 1243

24.09: Acuerdo de cooperación técnica suscrito entre la Organización Mundial de la Salud OMS y el MSP, para el fortalecimiento del Instituto Nacional de Higiene "Leopoldo Izquieta Pérez", mediante el asesoramiento técnico para la adecuación de la infraestructura y operación de los laboratorios, la compra e instalación de equipos, control de calidad de vacunas, antígenos y reactivos para la producción de células y la capacitación y adiestramiento del personal del Instituto.

OPS: Da asesoría técnica y adiestramiento; controla y supervisa a los consultores; da asesoría en la selección e instalación de equipos y facilita la importación de los mismos. Asesora al personal de PANAFTOSA y CEPANZO. Administra los fondos.

MSP: A través del mencionado Instituto "Leopoldo Izquieta Pérez, elabora listas de equipos, materiales, instrumentos y demás. Hace el mantenimiento de los edificios, equipos y vehículos. Da US$ 250,000. Coopera con asesores internacionales, cubre los costos telefónicos, cablegráficos, postales y de télex. Asume la responsabilidad total del programa.

Duración: 2 años.

1988

 # s/n

06.03: Convenio de cooperación técnica entre la OPS y el MSP, para el desarrollo institucional del IEOS.

IEOS: Asume la dirección y responsabilidad del proyecto. Aporta con US$ 954,000 a la OPS/OMS para cubrir los costos directos. Nombra el coordinador general, designa el personal profesional, técnico y auxiliar.

OPS: Da asesoría técnica y cooperación. Paga, proporciona y supervisa un consultor a largo plazo, consultores a corto plazo y los servicios técnicos y administrativos. Informa al IEOS periódicamente. Proporciona adiestramiento e información técnica al IEOS.

Duración: 42 meses

1990

#0218

s/f: Convenio entre el Gobierno del Ecuador - Club Rotario "Quito Valle Interoceánico" - Mercy Fund./International Small Enterprise Development Center, para la conversión de deuda externa ecuatoriana en bonos de estabilización monetaria, destinados específicamente al proyecto para promover los programas de educación para la salud y mejorar los servicios de salud.

WMF/ISEDC: Adquiere US$ 2'500,000 de la deuda externa del Ecuador para que US$ 2'400,000 se destinen a la compra de medicamentos, servicios técnicos y folletos educativos y US$ 100,000 para fines administrativos. Investiga y desarrolla programas de salud.

ROTARY: Da asistencia técnica y administrativa. Colabora con el personal médico y administrativo y paga todos sus salarios, viáticos y transporte. Compra los suministros y materiales y los dona al MSP. Invierte US$ 2'500,000, US$ 2'400,000 se destinan a la compra de medicamentos, servicios técnicos y folletos educativos y US$ 100,000 a fines administrativos.

MSP: Da las autorizaciones respectivas y colabora con el personal profesional.

Duración: 3 años

 # 1488

26.06: Convenio entre los gobiernos de Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana, Perú, Suriname y Venezuela, para promover el desarrollo armónico de sus territorios amazónicos para la conservación del medio-ambiente, conservación y utilización racional de los recursos naturales mediante el intercambio de información y concertación de instrumentos jurídicos. Los países suscriptores se obligan a: promover la investigación científica y el intercambio de información y de personal técnico, establece un sistema de intercambio de informaciones, promover la coordinación de servicios de salud de los territorios amazónicos. ACUERDAN: La realización conjunta de programas de investigación y desarrollo, la creación y operación de institutos de investigación o centros de perfeccionamiento y producción experimental y la organización de seminarios y conferencias.

 # 1481

25.06: ACTA DE MACHUPICCHU.
Se decide en cuanto a la salud se refiere: promover la constitución de una empresa multinacional andina para la fabricación de complementos alimenticios, acometer un programa para la fabricación de vacunas de uso masivo.

 # 3062

05.12: Convenio entre los gobiernos de Ecuador y Perú y la OMS/OPS. Proyecto binacional de salud para las zonas fronterizas. En Perú: Piura, Túmbez y Cajamarca; en Ecuador: Loja, El Oro y Zamora Chinchipe. Reformulación desde el punto de vista de los términos de análisis, mejoramiento y consolidación. Diseño de un sistema de atención médica binacional. Capacitación binacional del personal. Desarrollo armónico y equilibrado de los servicios de salud. Intercambio de tecnología.

ECUADOR: Da US$ 11,400

PERU: Da US$ 13,200

OMS/OPS: Da al Perú US$ 24,600 y al Ecuador US$ 17,150

EC.y PE.: Designa un coordinador, un representante de cada país para el grupo de trabajo. Identifica y/o establece recursos del presupuesto. Provee los servicios de oficina, secretaría, reproducción de documentos, teléfonos y telegráficos.

Duración: 3 años

 # 3199

26.12: Convenio entre la OPS/OMS y el MSP, para la preparación del componente de salud del Proyecto del Frente Social del Ecuador.

MSP: Solicita la participación del personal de la representación OPS/OMS para el proceso de la utilización de la PPF 110 obtenido del Banco Mundial. Solicita la contratación de consultores nacionales e internacionales, y solicita la organización de seminarios, talleres y otros.

OMS/OPS: Participa a través de consultores. Contrata consultores nacionales y extranjeros. Colabora con el MSP en la identificación de candidatos. Realiza seminarios, talleres y otros.

Duración: 1 año

1991

 # 146

16.01: Carta de intención Ecuador-Club Rotario de Los Chillos y la Fundación Bridge International, para el control de la malaria en la provincia de Esmeraldas.

FBI: Adquiere US$ 5'000,000 de la deuda externa del Ecuador: US$ 1'600,000 son donados al club Rotario de los Chillos para la adquisición de medicamentos antimaláricos, materiales educativos y

asistencia técnica. US$ 600,000 para la adquisición de mosquiteros impregnados con permethrin. US$ 259,000 para gastos administrativos. US$ 50,000 para la adquisición de equipos reactivos e insumos.

CRLCh: Da asistencia técnica y administrativa. Cubre salarios, viáticos y transporte de los participantes nombrados por el MSP. Compra todos los suministros y demás materiales.

Ecuador: Da autorizaciones de trabajo para el personal de la Fundación. Aporta con personal profesional.

 # 797

22.03. Convenio entre los Ministerios de Salud Pública de Ecuador y Cuba y la OMS/OPS para el desarrollo de actividades científico-técnico en salud y para reforzar la capacidad operativa binacional y permitir las transferencias de recursos materiales, técnicos y financieros en los campos de Medicina, Física y Rehabilitación, Salud Familiar Integral y Comunitaria, Ciencia y Tecnología, control de enfermedades transmitidas por vectores, salud ocupacional, salud ambiental, investigación, educación médica, administración de servicios de salud, medicamentos básicos, atención de salud, formación de recursos humanos en salud pública, control de alimentos y legislación alimentaria.

MSP-E y MINSAP: Administran sus propias contribuciones. Designan un coordinador general, un representante por cada país para el grupo de trabajo. Identifican y establecen los recursos nacionales. Prorratean los gastos del intercambio de expertos, funcionarios nacionales, visitas oficiales y becarios. Definen junto con OMS/OPS la programación de trabajo. Aseguran la permanencia de su campo, cubren el salario y las prestaciones de los funcionarios participantes, proveen los servicios de oficina, secretaría, reproducciones de documentos y comunicaciones, facilitan documentos e información. Deben participar en la elaboración del plan anual de trabajo.

OPS/OMS Designan representaciones en cada país. Apoyan a los grupos de trabajo con cargo a los recursos de los respectivos proyectos. Proveen de los recursos financieros.

s/n

s/f Convenio entre Ecuador y Perú
Declaración de apoyo a la OMS/OPS

 # 2627

23.10: Convenio entre Japón y Ecuador, para el envío de voluntarios japoneses para la cooperación en ultramar.

JAPON: Cubre los gastos de viaje y locales de subsistencia de los voluntarios, suministra equipos, maquinaria, materiales y medicamentos para los voluntarios.

ECUADOR: Exonera de impuestos aduaneros y de impuestos internos. Presta servicios médicos y alojamiento gratuitos para los voluntarios.

s/n

26.11 Convenio de cooperación en el sector de salud entre el gobierno de Québec y Ecuador.

2.2. CONVENIOS CON ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

1982

#0019

22.11: Convenio entre CARE y el MSP (antecedente: convenio publicado en el RO 65: 25.01.62).
Contrato de mutua colaboración para el Programa de "Leche- Arroz y Leche-Avena" del Programa Nacional de Asistencia Alimentaria Materno-Infantil.

1983

#0067 A*

27.07: Convenio entre CARE y el MSP (Acuerdo No. 2047: -1.08.83),
para la implementación de proyectos integrados de salud que permitan un mejor desarrollo social y el ofrecimiento de mejores servicios de salud en áreas rurales dispersas y proyectos de agua.

#0074 A*

19.05: Convenio entre el Instituto Ezra Taft Benson de la Universidad de Brigham Young de Provo, Utah, Estados Unidos.
Programa de Huertos Nutricionales, Salud y Sanidad en general

#0076

06.08: Protocolo adicional al convenio entre el MSP y CARE, para la implementación de proyectos integrados de salud en el territorio de la federación shuar.

#0094

30.05: Convenio entre Catholic Relief Services y el MSP, para establecer un programa en Ecuador para la donación de un vehículo a utilizarse en el programa de control de lepra.

1985

 # s/n

14.05: Convenio entre el Programa Mundial de Alimentos y el MSP.
Préstamo de 60 TM de leche en polvo descremada.

MSP: Da en préstamo 60 TM de leche en polvo descremada.

PMA: Se compromete a devolver los 60 TM de leche en polvo en tres meses.

 # s/n

28.03: Convenio entre el Programa Mundial de Alimentos y el MSP.
Préstamo de 40 TM de leche en polvo descremada para el desayuno escolar en Cuenca.

MSP: Da en préstamo 40 TM de leche en polvo descremada.

PMA: Se compromete a devolver la leche en tres meses. Reparte la leche en las diferentes escuelas.

 # s/n

12.09: Convenio entre el Programa Mundial de Alimentos y el MSP.
Préstamo de 100 TM de leche en polvo descremada para el desayuno escolar en la provincia del Guayas.

MSP: Entrega en préstamo 100 TM de leche en polvo descremada.

PMA: Devuelve en tres meses el préstamo.

1986

s/n

17.10: Convenio entre CEPAL, UNICEF y el MSP.
Proyecto de acciones para reducir la mortalidad infantil. Difusión y capacitación de voluntarios. Capacitación de las unidades médicas religiosas para servicios de inmunizaciones y uso de terapias de rehidratación oral. Convenio para la coordinación con el programa de nutrición de CEPAL, control de enfermedades respiratorias. Distribución de sales de rehidratación oral y su uso. Tiene como objetivo 270.000 niños menores de 11 años.

MSP: Dota del material educativo necesario para la capacitación. Integra el comité técnico del programa. Colabora en la capacitación. Da S/. 180.000,oo para la infraestructura física y capacitación de personal.

CEPAL: Se encarga de la difusión de las estrategias, por medio de la televisión. Administra el programa con responsabilidad patronal. Solicita fondos al MSP y a UNICEF. Presenta informes periódicamente. Da S/. 554.000,00.

UNICEF: Se encarga de la asesoría. Da S/. 2'495.334,oo.

Duración: 6 meses renovables.

 # s/n

16.05: Convenio entre SAVE The Children Federation - Desarrollo Juvenil Comunitario y el MSP, para implementar acciones de atención primaria de salud, especialmente dirigidas a madre-niño, y un sistema de capacitación dirigido hacia los recursos comunitarios para elevar el nivel de conocimiento de la atención materno-infantil.

MSP: Se encarga del adiestramiento técnico, de determinar las normas técnicas, de asignar a los profesionales capacitados, así como de la coordinación del programa, su seguimiento y de dar el apoyo necesario. Brinda el apoyo económico luego de la evaluación del proyecto y aprueba la importación de equipos e implementos necesarios.

DJC: Se encarga de la administración del proyecto y de complementar la oferta médica. Da su apoyo técnico y financiero y presenta al MSP un informe semestral de sus actividades.

Duración: 5 años

 # s/n

30.07: Convenio entre la Sociedad Ecuatoriana de Neurología SEN, la Liga contra la Epilepsia (LECE), CIBA GEIGY SUIZA y el MSP.
para desarrollar el proyecto sobre manejo comunitario de la epilepsia.

MSP: A través de la Dirección Nacional de Salud Mental, nombra un coordinador para el programa, brinda el apoyo técnico necesario, el personal capacitado y los materiales adecuados. Asigna 10 médicos rurales, auxiliares de enfermería e inspectores de salud.

SENyLECE: Se encargan de la observación, investigación y control del programa.

C.G.: Financia el programa, excepto el pago de los salarios del personal asignado por el MSP. Brinda su apoyo técnico y logístico.

 # s/n

29.07: Convenio entre Catholic Relief y el MSP, para la importación de un Toyota Land Cruiser para el programa de Control de lepra donado por la organización alemana AYU a través de Catholic Relief.

 # s/n

28.07: Convenio de la Fundación Internacional de Ojos y el MSP.
Para el establecimiento de un programa cooperativo de prevención de la ceguera y cuidado de los ojos.

FIO: Se encarga de la capacitación de una enfermera en el exterior y de dar asistencia técnica y material a la becada. Provee de material educativo a los oftalmólogos, dota del equipo básico de diagnóstico, así como de medicamentos y material educativo a dos hospitales; y, aporta con especialistas.

MSP: Se encarga de la coordinación del programa; asigna dos médicos, dos hospitales, dos unidades hospitalarias. Se encarga de que el gobierno ecuatoriano exonere aranceles aduaneros para la importación de materiales y equipos técnicos, que realizará la Fundación.

1989

 # 2916

17.11: Convenio entre el Instituto Merieux de Francia y el MSP,
para que el Instituto recoja los desechos de placenta de la unidades obstétricas del MSP en todo el país.

IMF: Recoge las placentas y las exporta a Francia. Instala una cadena de frío para el almacenaje de las placentas recogidas en las unidades. Paga los gastos de recolección, almacenaje y transporte de placentas. Establece procedimientos y modalidades. Dona al MSP una dosis de vacuna antitetánica en jeringuilla pre-llenada por cada placenta recogida.

MSP: Da autorización y facilidades para la exportación y supervisa llevando un registro.

Duración: 5 años.

 # 2573

12.10: Convenio entre la USAID y el MSP y el IEOS, para construir el Banco de Frío para la conservación de vacunas.

AID: Otorga S/. 28'000.000,oo

IEOS: Realiza la construcción de la primera etapa hasta el 31 de diciembre de 1989.

 # s/n

s/f: Convenio entre la Universidad de Cuenca e INTERPLAST,
para el servicio a la comunidad e intercambio científico.

Inter.: Organiza un equipo de cirujanos generales, plásticos, pediatras, anestesistas, residentes y enfermeras por dos semanas. Paga el transporte del equipo entre Estados Unidos y Ecuador. los materiales para las intervenciones quirúrgicas. Da una beca anual para un profesor o médico residente y asistencia para órtesis y prótesis.

UC: Nombra contrapartes. Da alojamiento para los visitantes. Dota de infraestructura en uno de los hospitales. Otorga un beca anual.

Duración: 3 años.

 # s/n

17.11: Convenio entre CARE y el MSP-IEOS, para la construcción de infraestructura de salud y saneamiento ambiental en el área rural, para establecer cinco sistemas de agua, tres unidades de salud, mil doscientos sanitarios campesinos. Organización de seminarios de participación comunitaria, cursos para promotores de salud y realización de cinco proyectos de autogestión.

MSP: Nombra coordinador. Organiza el proyecto. Entrega datos al CARE y mediante el IEOS hace la supervisión técnica de construcciones. Exonera de impuestos al CARE y le da S/. 15'000.000,oo.

CARE: Nombra un coordinador y da S/. 45'000.00,oo y realiza la construcción.

Duración: 1 año.

1990

 # 054

10.01: Convenio entre The People to People Health Foundation y el MSP, para los programas de educación para la salud (madres y niños).

FPTP: Da asistencia técnica para el personal de salud. Paga salarios, viáticos y transporte internacional. Dona al MSP equipos, suministros, vehículos y demás materiales que haya adquirido. Invierte durante cuatro años US$ 1'000,324.

MSP: Autoriza al personal de la Fundación colaborar con personal, tramita las autorizaciones para la libre importación, visas, exoneración de gravámenes, impuesto a la renta. Da US$ 200 cada año a la Fundación. Proveer espacios para oficinas.

Duración: 4 años.

 # s/n

05.12: Convenio entre la Organización No gubernamental Italiana Matto Grosso (a través de la Diócesis de Latacunga) y el MSP.

para la construcción de un Centro de Salud Hospital en Zumbagua (Cotopaxi) en un terreno que el MSP adquirirá al IERAC.

MSP: Prepara la minuta y hace la protocolización. Revisa y aprueba los planos. Entrega el terreno. Dota de equipos, instrumental e insumos. Aprueba el presupuesto para las partidas para el nombramiento del personal fijo y del itinerante. Proporciona viviendas para el personal que viva fuera del hospital. Instala una botica popular. Reembolsa a la organización Matto Grosso el costo de construcción del hospital.

OMG: Construye y financia. Lleva la dirección técnica y administrativa-financiera. Se compromete a suspender el proyecto si las comunidades campesinas demostraren su inconformidad.

Comunidad de Zumbagua: proporciona mano de obra y abastece del material que se pueda encontrar en la zona.

Duración: 2 años

 # 577

14.03: Convenio entre Portland Medical Care- FAME (Fundación para la Asistencia Médica del Ecuador).
Portland Medical Care se compromete a proporcionar gratuitamente a FAME ayuda y asistencia médica (medicamentos, implementos, materiales, y equipo para uso médico y odontológico).

 # 3114

12.12: Convenio entre UNICEF - CIESPAL - WALT DISNEY y el MSP.
Para la realización de un proyecto "Comunicación de corto plazo para la realización de una película animada piloto en el Ecuador" para canalizar mensajes específicos de inmunización o terapia de rehidratación oral.

MSP: Da asesoría técnica.

CIESPAL: Designa un director de televisión, realizar la investigación.

UNICEF: Financia íntegramente la película (US $150,000).

Duración: 1 año

 # 2164

03.09: Convenio entre UNICEF - JOHNSON & JOHNSON y el MSP.
Para un programa para disminuir la mortalidad materna y prenatal por causas prevenibles.

UNICEF: Se encarga de la programación, seguimiento y evaluación del programa.

J & J: Da S/. 135'000.000,oo para los años 90 y 91, es decir S/. 67'500.000,oo anuales.

MSP: Designa el personal, asigna los locales y los equipos necesarios.

Duración: 2 años

 # 3544

29.08: Convenio entre el Plan Internacional del Guasmo - UNICEF y el MSP.Firma de una carta de intención para la cooperación técnica para los años 1990, 1991, 1992 y 1993 para el Plan de Salud Familiar y Comunitario Integral en la Zona del Guasmo, para fortalecer la cooperación, reforzar las acciones aéreas urbano-marginales y trabajar en disfases.

MSP-UNICEF: Coordinar acciones. Elaborar un plan de operaciones. Involucrar a la comunidad con el plan. Establecer mecanismos de cooperación con el Ministerio de Bienestar Social, con el INNFA, con el Ministerio de Educación y Cultura, con el SECAP, con la Iglesia y con ONGs.

PIG: Continuar con el proceso de desarrollo - Supervivencia Infantil, Salud, Nutrición y Saneamiento" a través de las Casas camino a la Salud.

MSP: Dar atención de salud, la oferta de servicios de unidades de atención de referencia, poner toda su capacidad instalada. Hacer un proceso de movilización social masivo. Educar a la población. Ejecutar el plan de operaciones.

UNICEF: Dar apoyo técnico y financiero para la capacitación del personal y la necesaria para que permita la producción de materiales requeridos para el proceso.

 # 394

08.02: Convenio entre el MSP y la Fundación Niñez Internacional (FNI), para la ejecución de programas de salud, nutrición y saneamiento básico para los menores y para los residentes en áreas urbano marginales de Quito y Guayaquil "Programa de apoyo y fortalecimiento comunitario".

MSP: Designar un coordinador. Proporcionar el personal profesional. Supervisar y evaluar el cumplimiento de las obligaciones de la Fundación. Programar las actividades.

FNI: Dotar de equipos, instrumental e insumos médicos y odontológicos. Organizar un programa de capacitación para la salud, nutrición y saneamiento básico. Organizar y ejecutar un programa de letrinización. Correr con los gastos que demande la ejecución del programa. Pagar los salarios, viáticos y/o transporte al coordinador

del MSP. Comprar todos los suministros y demás materiales. Colaborar con el personal técnico y administrativo. Administrar y ejecutar el proyecto.

Duración: 1 año

#489

20.02: Convenio entre la Fundación Metrofraternidad, Cruz Roja, World Mercy Fund. y el Ministerio de Salud Pública.
Acuerdo de entendimiento para el programa de conversión de deuda externa para el proyecto Hepatitis 3.

MSP: Ejecución del programa, coordinación técnica con Metrofraternidad, ejecución del programa, administración del proyecto.

CRyWMF: Ejecución del programa.

Habrá un comité Directivo y un comité Ejecutivo

 # 1323

10.05: Convenio entre el MAG-MSP-PROTECA-CUERPO DE PAZ-CARE
Convenio para la ejecución de transferencia de tecnología agrícola y educación nutricional en el sector rural mediante la capacitación técnica, para la producción hortícola y educación nutricional; selección y mantenimiento de sesenta huertos demostrativos; capacitación de 1.500 madres en la siembra escalonada; mantenimiento de 60 grupos de base; capacitación a 120 líderes comunales; evaluación anual del proyecto.

PROTECA: Designa las áreas para el proyecto. Proporciona viáticos, vehículos y más para los técnicos; supervisa, evalua e informa.

MAG: Designa al coordinador provincial. Mantiene reuniones mensuales. Da S/.10'000.000

MSP: Designa al coordinador, remite al CARE informes mensuales, mantiene reuniones, etc. Da S/.10'000.000

CARE: Organo de apoyo al MSP y al MAG. Da S/. 32'000.000

C de P: Interviene en la capacitación, promoción, seguimiento y evaluación.

 # 1615

28.06 Convenio entre MSP y el Ministerio de Agricultura y Ganadería
Acuerdo para la importación de 922 TM sucedáneos de la leche materna, preparaciones dietéticas y complementarias en la alimentación infantil. Se realizan los trámites de importación.

Las siguientes empresas corren con los gastos de importación respectivos:

EMPRESAS	TM
ABOTT	242
RICHARD O' COUSTER	40
BRISTOL	280
NESTLE	180
WYETH	180
	---
	922 TM

 # 1687

04.07: Convenio entre el MSP - Fundación Alemana INDIO - HILFE programa nacional de control oncocercosis en las comunidades del río Cayapas y sus afluentes, financiando la construcción de un subcentro de salud en Zapallo Grande, 2 puestos de salud en Pichiyacu Grande y Rampidal.

MSP: Preparar la minuta y la protocolización. Revisar y aprobar los planos. Entregar los terrenos adjudicados por el IERAC. Fiscalizar e informar sobre la ejecución, controlar el personal necesario. Dar seguimiento y apoyo a las unidades. Dar mantenimiento y reparación de las unidades crecidas. Dar capacitación y supervisión, garantizar una adecuada cobertura de salud.

FIH: S/.42'000.000 para la construcción, equipos, capacitación, movilización y subsistencias equipos médicos.

3.0. CONVENIOS CELEBRADOS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

3.1. CONVENIOS CELEBRADOS CON ENTIDADES GUBERNAMENTALES

3.1.1.CONVENIOS CON CARGA PARA EL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

1974

25.07: Convenio Interministerial entre el Ministerio de Agricultura y Ganadería y el Ministerio de Salud Pública (MSP).

MSP: Se obliga a realizar en sus laboratorios el trabajo de diagnóstico de aviar.

Convenios ampliatorios: 09.12.75; 22.09.78; 03.05.79

Prórroga: 14.05.85

1983

 # s/n

15.01: Convenio entre el Ministerio de Bienestar Social MBS y el MSP, de donación de 20 TM de leche en polvo descremada que el MSP entrega al MBS.

1987

 # s/n

19.05: Convenio entre el Consejo Provincial de Pastaza y el MSP. Para la terminación de la construcción y equipamiento de los subcentros de salud en las parroquias de Shell y Tnte. Hugo Ortiz de Pastaza, y la dotación de personal.

MSP: A través del IEOS, analizar el estado de las obras. Equipar los subcentros con equipos y profesionales capacitados.

CPP: Terminar la construcción con recursos propios.

 # s/n

s/f: Convenio del Ministerio de Educación y Cultura (a través de la DINACE) y el MSP (a través del IEOS). Para la construcción de 400 letrinas en la zona rural de Esmeraldas por un valor de S/. 6'522.000,oo.

DINACE: Da 1'956.600,oo, cada letrina cuesta S/. 16.305,oo

IEOS: Da 4'565.400,oo.

Se Entrega la obra en el plazo de 210 días.

1989

 # s/n

18.08: Convenio entre el MSP (subsecretaria de la Zona II) y el centro de salud Santa Elena (a través del Municipio).
Convenio de transferencia gratuita de una ambulancia tipo Vanette con los accesorios del vehículo y todo el equipo de ambulancia.

MSP: Hace la transferencia de la ambulancia.

IMSE: Asigna un chofer para la ambulancia, dota de combustibles y lubricantes.

 # 1181

01.02: Convenio entre la Ilustre Municipalidad del Cantón Macará y el MSP.

MSP: Asignación de una ambulancia con equipo básico.

IMM: Proporciona el chofer, el combustible, los repuestos y el mantenimiento.

Duración: 5 años

 # s/n

08.08: Convenio entre la Ilustre Municipalidad de Quito y el MSP.
Para la entrega del equipo oftalmológico (contrato con INTERMED de la R.D.A.) e instalación de dos botiquines y la entrega de medicamentos para el Hospital del Patronato San José.

MSP: Entrega el equipo oftalmológico. Instala los botiquines. Dotándolo de mobiliario y estantería. Autoriza la venta de medicamentos, la adquisición y reparto de medicinas.

IMQ: Atiende pacientes gratuitamente o con descuentos. Entrega la infraestructura física. Expende los medicamentos. Presenta informes estadísticos.

Duración: 5 años

 # s/n

21.09: Convenio entre la Ilustre Municipalidad de Quito y el MSP.
Para la construcción y puesta en funcionamiento de unidades de salud en el sur y noroccidente de la ciudad.

MSP: Define las necesidades de la población, realizando estudios. Provee de equipos, materiales, medicamentos y personal. A través de IEOS hace un seguimiento de programación, diseño, construcción, etc..

IMQ: Coordina con el MSP para el diagnóstico, construcción, remodelación y entrega de las unidades de salud.

Duración: 5 años.

1990

 # 033

04.01: Convenio entre el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) y el MSP. De cofinanciamiento para la "Reunión Nacional para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología en el Ecuador".

CONACYT: Da S/. 700.000,oo para la publicación de las memorias del evento.

MSP: Publica las memorias (500 ejemplares) y entrega al CONACYT gratis 50 ejemplares.

Plazo: 120 días.

 # 1848

07.08: Convenio entre el Instituto Nacional del Niño y la Familia INNFA y el MSP. Para fortalecer el Programa de Menores Trabajadores asignando unidades de salud para la atención de menores trabajadores.

MSP: Atiende a los menores en los centros de salud asignados. Utiliza una historia clínica. Integra al personal de los centros de salud a la educación para la salud de los menores y sus familias. Da medicinas gratuitas.

INNFA: Organiza a los menores, da motivación y seguimiento a los educadores.

Duración: 2 años

1991

 # 416

01.02: Convenio entre la Ilustre Municipalidad de Macará y el MSP. Para asignar una ambulancia para el hospital de Macará.

MSP: Asigna una ambulancia con todo el equipo básico-seguro contra accidentes y robo.

IMM: Da chofer, combustible, repuestos y mantenimiento. Informa trimestralmente

 # 1100

19.04: Convenio entre el MSP y Ilustre Municipalidad de Loja de cooperación técnica para el funcionamiento y desarrollo del dispensario médico municipal.

MSP: Aporta un médico, una enfermera y un auxiliar de enfermería, pagados por el Ministerio, instala un laboratorio clínico completo, instala y provee la farmacia del dispensario, provee material para la atención materno-infantil con la leche, avena y otros. Provee de material para el programa de inmunizaciones.

IML: Adecua los servicios médicos y paramédicos (consultorios, sala de espera, enfermería). Ocupa los servicios del MSP solo en labores de atención médica, propende al mejoramiento del servicio, cumple con los postulados del MSP.

3.1.2 CONVENIOS DE BENEFICIO GRATUITO PARA EL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

1983

 # 0084

s/f: Convenio entre el Ministerio de Defensa Nacional y el MSP.
Para la coordinación de acciones de salud en el área rural.

MSP: Asignará profesionales en salud rural a unidades de las Fuerzas Armadas.

MDN: Pagará sueldos a dichos profesionales, comida y alojamiento.

1986

 # s/n

27.03: Convenio entre el Ministerio de Bienestar Social y el MSP.
Para la ejecución de los proyectos de Desarrollo Rural y Marginal.

MSP: Formula y ejecuta los programas de salud, nutrición, saneamiento ambiental. Da asesoría técnica, apoyo logístico, cursos y seminarios.

MBS: Provee al MSP de recursos necesarios, equipos vehículos. Da asesoría, hace el control y el seguimiento.

1989

 # s/n

05.05: Convenio entre el Ministerio de Bienestar Social y el MSP.
Para la implementación del Hospital de Guamote, y completar el equipamiento y la construcción de la cisterna.

MBS: A través de la Subsecretaría de Desarrollo Rural, hace una transferencia de S/. 51'200.000,oo

MSP: Adquiere el objeto materia del convenio. Facilita al MBS labores de fiscalización y supervisión.

 # 1779

31.07: Convenio entre el MSP-Dirección Provincial de Pichincha y el Ministerio de Bienestar Social. Convenio de comodato.

MBS: Entrega en comodato un equipo odontológico para el subcentro de salud de Tandapi.

Duración: 10 años

1990

 # 034

04.01: Convenio entre la Secretaria Nacional de Desarrollo Administrativo SENDA y el MSP, para el aseo de los lugares en donde se realizan las ferias libres en la provincia del Guayas.

SENDA: Otorga S/. 500.000,oo mensuales.

MSP: Ejecuta semanalmente la limpieza de desperdicios.

Duración: 5 meses

 # 2602

19.10: Convenio entre el Ministerio de Agricultura y Ganadería y el MSP. Reforma del financiamiento para el año 90 del programa sobre diagnóstico aviar.

MAG: Da S/. 3'000.000,oo para el año 1990 para comprar equipos y materiales.

 # 2888

20.11: Convenio entre el Ministerio de Educación y Cultura y el MSP. Para el procesamiento y embalaje de alimentos dentro del programa de colación escolar.

MEC: Entrega en las bodegas de la planta procesadora de alimentos, las materias primas e insumos necesarios. Paga los costos directos de producción.

MSP: Procesa y embala los alimentos entregados por la Unidad Operativa de Colación escolar. Envía a Colación Escolar un reporte mensual de los volúmenes de la materia recibida.

Duración: 2 años.

 # 3039

12.12: Convenio entre el INNFA y el MSP. Para adquirir con el financiamiento del INNFA 30 oxigenadores de membrana para circulación extracorpórea de marca Polystam.

MSP: Realiza los trámites de importación. Entrega los oxigenadores y componentes.

INNFA: Cubre los costos (US$ 327 por unidad). A través de la firma RHOSEIM, proporciona un curso de entrenamiento a los profesionales para el manejo de los oxigenadores. Coauspicia al curso y selecciona con el MSP los médicos. Compromete a RHOSEIM para que entregue dos oxigenadores gratis.

3.1.3 CONVENIOS CONMUTATIVOS DE BENEFICIOS Y CARGAS MUTUOS

1978

#0002

06.09: Convenio Interministerial entre el Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG) y el MSP. Para uso recíproco de laboratorios.

MSP: Pone a disposición el laboratorio del Instituto Nacional de Nutrición.

MAG: Pone a disposición el laboratorio de suelos de Tumbaco

1982

#0031

08.02: Convenio entre la Secretaria de Desarrollo Rural Integral de la Presidencia de la República y el MSP. Para la ejecución de actividades de campo para atención primaria de salud en las áreas de los proyectos de desarrollo rural integral Salcedo-Quimiag- Penipe-Jipijapa (Programas de Salud y Saneamiento Ambiental.

MSP: Actividades demostrativas a nivel de campo. Da atención primaria de salud. Suministro de agua y saneamiento para el sector rural

SDRIPR: Actividades de alimentación

#0054

10.03: Convenio entre el Ministerio de Educación y Cultura y la Dirección de Educación Física y Deportes y Recreación (DINADER) y el MSP. Para coordinar acciones de los dos ministerios en lo referente a la medicina del deporte; poner a disposición de los deportistas los

servicios médicos e instalaciones específicas en las diferentes unidades operativas del MSP para el cuidado y tratamiento de los deportistas; y, poner a disposición de las diferentes unidades operativas del Ministerio del ramo los laboratorios de fisiología de ejercicio Físico de DINADER.

 # s/n

13.03: Convenio entre el Ministerio de Agricultura y Ganadería MAG y el MSP.
Modificación del convenio interministerial para el programa de análisis de laboratorio de diagnóstico aviar.

MAG: Toma muestras y da S/. 200.000,oo.

MSP: Analiza en sus laboratorios las muestras tomadas por el MAG.

Duración: Renovable en un año.

1987

#144 A*

14.12: Convenio entre el Ministerio de Bienestar Social y el MSP.
Para la ejecución de un proyecto de prevención y rehabilitación de base comunitaria para el área urbano-marginal, programa CISNE II marginal y determina las obligaciones mutuas y recíprocas del MBS y del MSP.

#144 A*

28.09: Convenio de cooperación entre el Ministerio de Bienestar Social y el MSP. Para atención gerontológica.

#s/n

27.07: Convenio entre el Ministerio de Bienestar Social MBS y el MSP. Sobre la creación del centro de salud de Ortesis y Prótesis del Hospital "Eugenio Espejo".

MBS: Da al MSP S/. 2'200.000,oo. Cede en comodato bienes, equipos y materiales de los talleres de órtesis y prótesis del centro Luis Morejón Almeida, así como asigna por dos años todo el personal de dicho centro al hospital Eugenio Espejo. Coauspicia el financiamiento (a partes iguales con el MSP)

MSP: Realiza los estudios para la construcción del centro. Coauspicia el financiamiento. Organiza el sistema administrativo y técnico. Organiza cursos de capacitación. Da mantenimiento y uso adecuado de equipos. Crea partidas presupuestarias para el personal técnico y auxiliares técnicos.

Duración: 5 años.

 # Acuerdo ministerial No. 2675

18.02: Acuerdo entre el MSP y el Banco Central del Ecuador. Reglamento al convenio de cooperación para extender la cobertura de salud en proyectos de Desarrollo Rural Marginal.

1988

s/n

16.09: Convenio entre el Ministerio de Agricultura y Ganadería y el MSP. Para el control de la zoonosis en el Ecuador, programa de prevención, atención, y tratamiento, determinación de disposiciones legales, normas y demás para el control.

MSPyMAG: Asignan personal capacitado, recursos materiales y económicos. Dan becas para la capacitación científica dentro y fuera del país. Comparten la responsabilidad de la dirección, administración, planificación y ejecución del programa.

Duración: 5 años.

1990

 # 1735

20.07: Convenio entre el Ministerio de Energía y Minas MEM - Petroecuador y el MSP. Para el suministro de kérex a los establecimientos de salud del MSP.

PetroE: Suministra el kérex y programar la distribución.

MSP: Instala tanques para almacenar el kérex, efectúa la calibración de las calderas, realizar los pagos a PETROECUADOR por el kérex.

MEM: Da asistencia técnica y equipo especializado. A través de la Dirección Nacional de Hidrocarburos, controla el buen uso del kérex y lleva un registro mensual.

Duración: 2 años.

 # 2841

14.11: Convenio entre el Ministerio de Educación y Cultura- Ministerio de Defensa Nacional-Ministerio de Energía y Minas - CETUR- Programa de Manejo de Recursos Costeros - Fundación Charles Darwin y el MSP. Programa operativo anual del convenio interinstitucional para el desarrollo de actividades de educación ambiental, conservación y manejo adecuado de los ecosistemas marino-costeros.

OBLIGACIONES DE LAS PARTES:

Designar funcionarios para el Comité Ejecutivo del convenio. Dar asesoría técnica, colaborar con las instalaciones existentes, equipos y materiales. establecer en su presupuesto partidas para cubrir los costos que les correspondan.

MEM: Incorpora este programa al "Proyecto de Asistencia técnica al Fortalecimiento Institucional para el Manejo de Recursos Naturales y Protección del Medio Ambiente" con el apoyo del Banco Mundial. Colabora con asesoría técnica.

Duración: 2 años.

1991

 # s/n

01.02: Convenio modificatorio Ministerio de Salud Pública- Ministerio de Bienestar Social para el proyecto de prevención y rehabilitación de bases comunitarias. Modifican la partida presupuestaria.

 # 3057

04.12: Carta del Subsecretario de la Zona I al Ministro de Salud con respecto a la no prórroga del convenio con Foderuma. Conclusiones: elevan a diez mil sucres cada uno de los promotores, etc.

 # 381

15.07.88 Convenio entre el Ministerio de Salud Pública y el Banco Central para extender la cobertura de salud en proyectos de desarrollo rural marginal.

MSP: Facilita las estructuras técnico-administrativas.
Planifica seguimiento, ejecución y desarrollo del proyecto. Establece y asigna responsabilidades al personal. Asume a partir de 1987 los gastos con los que corría Foderuma, administra los recursos financieros e informa trimestralmente.

BCE: Participa en la formulación de los proyectos; en la ejecución, supervisión y evaluación. Proporciona los recursos financieros, provee medicamentos, equipos, materiales y suministros, coopera en el financiamiento de obras de infraestructura, facilita los medios de transporte, seguimiento y control financiero.

 # 237

23.01: Convenio entre el Banco Ecuatoriano de la Vivienda - Ministerio de Salud Pública (IEOS). Para reparar los daños del terremoto de 1987 en base a fondos donados por la CEE.

BEV: Da financiamiento para el proyecto de infraestructura: agua potable y letrinización en Carchi, Imbabura, Pichincha, Napo y Sucumbíos. A través de la UADT provisión de materiales y seguimiento y supervisión de los trabajos.

IEOS: Hace estudios técnicos, presupuestos y lista de materiales. Dirección técnica coordinación con el BEV-UADT de obras, materiales, instrumentos y mano de obra calificada.

Duración: Hasta el 31 de Diciembre de 1991.

s/n

22.04: Renovación del convenio entre el Ministerio de Defensa Nacional y el Ministerio de Salud Pública para la coordinación de acciones de salud en el área rural y el nuevo modelo de salud familiar y comunitario integral.

3.2. CONVENIOS CELEBRADOS CON ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES

3.2.1.CONVENIOS CON CARGA PARA EL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

1982

#0039

07.06: Convenio entre el Vicariato Apostólico de Méndez y el MSP.
Para la administración de los hospitales "Pío XII" de Sucúa, "Quito" de Méndez, "Miserreor" de Gualaquiza y "Centro Médico San José" de Taisha, Provincia de Morona Santiago.

MSP: Asignación anual, las nuevas adquisiciones de equipos, ingresarán al inventario del MSP. Puede nombrar personal que será de libre remoción del MSP.

VAM: El terreno y el edificio de los hospitales son de propiedad del Vicariato pero son destinados a prestar servicios de salud.

Duración: 5 años.

#0082

20.09: Convenio entre la Misión Salesiana "Alas del Socorro" y la Federación Interprovincial de Centros Shuar y el MSP.
Para un servicio de ambulancia aérea y transporte de brigadas de salud para la Región Amazónica.

MSP: Entregará S/. 6'523.200,oo anuales en cuotas mensuales, adecuará el Hospital Base de Pastaza e instalará un radio VHF.

MsyFICS: Se compromete a prestar un servicio de mil ochocientas horas de vuelo.

Duración: 2 años.

 # s/n

18.06: Convenio entre el Vicariato Apostólico de Napo y el MSP.
Para la dirección y administración de los hospitales "Stadler Richter" de Archidona, "Inmaculado Corazón de María" de Baeza, provincia del Napo, y "Ernesto Ophlus" de Santa Clara, provincia de Pastaza, para transformarlos en hospitales fisco-misionales.

MSP: Da una asignación anual respectiva (no se especifica el monto), realiza nuevas adquisiciones de equipos, enseres e implementos, los mismos que ingresarán al inventario del Ministerio.

VAN: Se compromete a pagar los salarios de médicos, enfermeras, personal administrativo y de servicio.

1985

#0089

24.01: Convenio entre la Asociación de Centros Shuar de Bombozoide de Morona Santiago y el MSP.

 # s/n

10.12: Convenio entre el Centro Social Alausí INC. y el MSP.
Para la donación por parte del MSP de muebles y equipos de oficina.

MSP: Da S/. 4'000.000,oo en donación para la compra de muebles de oficina y equipos.

 # s/n

24.11: Convenio entre la Misión Salesiana "Alas del Socorro" y la Federación Interprovincial de Centros Shuar y el MSP.
Para establecer un servicio aéreo de salud en el Programa de Ambulancias Aéreas para la Región Amazónica Fronteriza.

MSP: Financia el 80% del costo de operación anual.

MSyFCS: Los operadores aportarán con el equipo aéreo, la infraestructura y las instalaciones existentes y se comprometen a prestar 1.800 horas de vuelo para emergencias médicas y 600 horas para transportar el personal.

Duración: 2 años

 # s/n

14.03: Renovación del convenio celebrado entre la Misión Salesiana del Oriente y el MSP el 20.09.82 para el servicio de ambulancias aéreas.

 # s/n

02.10: Convenio entre el Centro de Rehabilitación de Alcohólicos de Cuenca (CRA) y el MSP.

MSP: Entrega seis millones de sucres y S/. 720.000,oo en medicamentos e instrumentos médicos, hasta S/. 60.000,oo mensuales aumentando el 25% anual. A través del Hospital Vicente Corral Moscoso, presta servicios de salud, de diagnóstico, de tratamiento de laboratorio y de gabinete a los pacientes del Centro.

CRA: Asesora y entrega 60 camas para el hospital.

1986

#148

s/f: Convenio entre la Cooperativa de Consumo de Vendedores Autónomos Ltda. C COVAL y el MSP. Para atender, prevenir, reparar y rehabilitar la salud de los afiliados de CCOVAL, especialmente la salud de los niños que laboran junto a sus padres en mercados y ferias, y para el equipamiento de una unidad operativa o dispensario con los servicios correspondientes.

CCOVAL: Se compromete a dotar de la infraestructura física necesaria y a informar semestralmente al MSP.

MSP: Asigna personal médico capacitado, se compromete a instalar una botica popular y asignar personal para la misma, y entregar medicamentos genéricos y del programa MEGRAME-8.

 # s/n

22.08: Convenio entre la Fundación al servicio del enfermo del Cáncer (FASEC) y el MSP. Para apoyar y fomentar a la Fundación.

MSP: Proporciona alimentación a los enfermos de cáncer del Hospital "Vicente Corral Moscoso" de Cuenca.

 # s/n

15.07: Reformatoria al convenio entre la Universidad Central del Ecuador-Facultad de Medicina, veterinaria y Zootecnia y el MSP celebrado el 05.10.84. Ahora el MSP no sólo donará residuos de Leche-Avena, como decía el convenio anterior, sino también residuos aptos y no aptos para el consumo humano.

 # s/n

24.04: Convenio entre el Ministerio de Educación y Cultura y el MSP. Préstamo de leche descremada en polvo destinada al Programa de Colación Escolar.

MSP: Presta al MEC 120 TM de leche descremada en polvo.

MEC: Corre con los gastos de transporte y estiba y devolverá el préstamo en ocho meses.

 # s/n

30.12: Convenio entre la Comisión Ecuatoriana de Energía Atómica CEEA y el MSP. Para el control de las radiaciones ionizantes en el diagnóstico y tratamiento médicos para evitar la sobreexposición del personal y los pacientes.

CEEA: Planifica y ejecuta inspecciones y adiestramiento del personal del MSP.

MSP: Instala una oficina, cancela al CEEA los dosímetros, asigna el personal profesional y paga la asistencia técnica.

Duración: 3 años.

 # s/n

22.08: Convenio entre FASEC Fundación al Servicio de los Enfermos de Cáncer y el MSP. Para alimentar a los enfermos de cáncer del hospital "Vicente Corral Moscoso" de Cuenca.

MSP: Dar alimentación para los pacientes internos.

1987

#0160

23.11: Convenio entre el Vicariato Apostólico de Napo y el MSP. Para la administración del Hospital "Stadler Richter" de Archidona.

MSP: Se compromete a instalar una botica popular y a dotarla de medicamentos.

#141 A*

24.11: Convenio entre la Fundación Cañari "Carlos Pérez Perasso" y el MSP. Para complementar la atención de salud de los campesinos que se dedican a las artesanías de sombrero de paja toquilla en la provincia del Cañar.

MSP: Se compromete a la instalación y puesta en funcionamiento de una botica popular con medicamentos.

 # 1187

26.06: Convenio entre la Escuela Superior Politécnica del Chimborazo-Facultad de Nutrición y Dietética y el MSP.
Para establecer el reglamento al convenio de ejercicio profesional en el área de alimentación y nutrición.

MSP: Dar S/. 2'000.000,oo.

 # s/n

s/f: Convenio entre la ESPOL Litoral y el MSP. De cooperación para que los estudiantes realicen el mantenimiento y reparación de equipos, instrumentos y material médico en los hospitales del MSP, concretamente en primer lugar, el Hospital de Guayaquil "Abel Gilbert Pontón".

MSP: Contrata cuatro estudiantes, pagándoles el sueldo básico. Da el apoyo e información necesarios.

ESPOL: Presenta cuatro estudiantes calificados. Contribuye a la capacitación. Informa semestralmente.

 # s/n

10.06: Convenio entre FE Y ALEGRIA y el MSP. Para el desayuno escolar en los centros de Fé y Alegría.

MSP: Entrega 10 TM de leche en polvo descremada. Supervisa el cumplimiento de la obligación.

FyA: Informa acerca del número de niños atendidos y el número de raciones entregadas y la cantidad utilizada.

1988

 # s/n

08.07: Renovación al convenio No. 88 entre la Universidad Central de Ecuador-Facultad de Medicina, Veterinaria y Zootecnia y el MSP.

MSP: Dona mensualmente a la Facultad los residuos no aptos para el consumo humano de la planta procesadora de alimentos del MSP para la alimentación animal de los programas de la Universidad.

UC: Retira de la planta del MSP los residuos donados y cubrir los costos de transporte y estiba.

Duración: 4 años.

 # s/n

03.08: Renovación del convenio celebrado desde 1968 entre la Compañía de la Hijas de la Caridad y el MSP. Para la prestación de servicios de las hijas de la Caridad en las unidades operativas del MSP.

MSP: Realiza el pago correspondiente a las funciones. Traslada a las hermanas administrativamente dentro de la misma jerarquía.

CHC: Mantiene el personal. Observa las reglas del MSP y brinda ayuda espiritual a los pacientes de las unidades del MSP.

Duración: 4 años.

 # s/n

13.10: Convenio entre la Organización de Pueblos Indígenas de Pastaza OPIP y el MSP. Para el servicio de ambulancia aérea para la amazonia con un promedio de 960 horas de vuelo anual.

MSP: Administra los S/. 10'000.000,oo para entregar a la OPIP en cuotas mensuales. Facilita el acceso a la atención para quienes utilicen el servicio. Procura la construcción de obras de infraestructura de salubridad en las comunidades y mantenerlas en funcionamiento. Exonera de impuestos arancelarios en la importación de copias.

OPIP: Debe operar, mantener y ampliar el equipo aéreo sin fines de lucro, mantener la infraestructura sanitaria y atender prioritariamente las emergencias.

Duración: 2 años.

 # s/n

12.05: Convenio entre "Alas del Socorro", la Misión Salesiana y la Federación Interprovincial de los Centros Shuar y el MSP.
Para el servicio de ambulancia aérea de la Región Amazónica Ecuatoriana. Operadores de servicio aéreo de salud OSAS.

MSP: Debe financiar el 80% del programa, designar el personal médico para Shell (2), Macas (2), Sucúa (1), Tena (1), Lago Agrio (1), facilitar la movilización de los pacientes a la pista, expedir el reglamento.

OSAS: Aporta con las naves aéreas, equipos, infraestructura de las pistas. Faculta los vuelos necesarios por 1.800 horas de vuelo.

 # s/n

04.03: Convenio entre el Colegio de Médicos del Guayas y el MSP.
Para la instalación de una botica popular.

MSP: Equipa una botica con sus muebles, estanterías y demás, asignar el personal necesario y autoriza la venta de medicamentos.

CMG: Dota de infraestructura física y expende los medicamentos.

Duración: 2 años.

 # s/n

10.03: Convenio entre FANN (Fundación Ayuda a Nuestros Niños) y el MSP. Para que el FANN se haga cargo de los menores abandonados por más de 30 días para que se encargue de buscar a sus padres o una familia nueva.

FANN: Debe dar cuidados a los niños a su cargo, informar sobre los trámites realizados y asumir la responsabilidad del cuidado de los menores y prestarles toda la atención necesaria.

Duración: 5 años.

 # s/n

04.07: Convenio entre el Vicariato Apostólico de Napo (misión josefina) y el MSP, para que el Hospital del Chaco reciba la asignación que le correspondía al hospital Inmaculado Corazón de María de Baeza.

MSP: Destina la partida 1988 al Hospital del Chaco S/. 13'890.000,oo. Dota de medicamentos genéricos, de MEGRAME.

VAN: Atiende a la población, presenta informes semestralmente. Contrata el personal, paga sus sueldos y demás beneficios. Otorga licencias, vacaciones. Instala y equipa las boticas. Distribuye los medicamentos.

Duración: 5 años

 # 656

21.11: Convenio entre el Centro de Rehabilitación de Alcohólicos de Cuenca (CRA) y el MSP. Para la prevención, tratamiento y rehabilitación de alcohólicos y fármaco-dependientes. Asistencia psiquiátrica y de salud mental.

MSP: Da S/. 15'225.000,oo para la atención y S/. 900.000,oo para medicación o instrumentos médicos con un aumento del 25% anual. Presta servicios médicos en el Hospital "Vicente Corral Moscoso" a los pacientes del CRA. Hace un trabajo conjunto con los funcionarios del departamento de salud mental del Azuay.

CRA: Dota de un departamento de Psiquiatría y farmacodependencia de 25 camas y para alcohólicos, de 45 camas. Planifica programas. Da asesoría y administra los recursos económicos.

Duración: 3 años.

 # s/n

23.06: Convenio entre la Asociación de Empleados del MSP Planta Central y el MSP. Para un convenio de cooperación en beneficio colectivo e individual.

MSP: Asigna un local y fondos para el arriendo del mismo, para la Asociación; fondos para la guardería infantil; dos uniformes; S/. 1'000.000,oo para la construcción de la Sede Social; S/. 3'000.000,oo para gastos administrativos; S/. 2'000.000,oo para el comisariato; seguros de vida; y dota de los recursos necesarios para los dispensarios médico y dental.

AEPC: Realiza programas para elevar el nivel profesional; fomenta actos culturales; mantiene solidaridad; informa semestralmente y presenta estados financieros.

Duración: 2 años

1989

 # 714

22.03: Convenio entre la Federación Nacional de Empleados y Trabajadores de salud FENETS y el MSP. Para la construcción de un complejo deportivo.

MSP: S/. 35'000.000

FENETS: Realiza las obras de construcción. Fomenta el desarrollo cultural, deportivo y científico.

Duración: 5 años.

 # s/n

28.03: Protocolo adicional al convenio entre Fundación Nuestros Jóvenes y el MSP. Para la erradicación del uso de drogas para establecer normas y definiciones comunes para la utilización de los datos de la encuesta epidemiológica.

 # s/n

20.03: Protocolo adicional al convenio entre el MSP y la Misión Capuchina. Para la administración del Hospital "Franklin Tello" de Nuevo Rocafuerte, Provincia del Napo.

MSP: Entrega S/. 3'900.000,oo anuales para el pago de sueldos, gastos de equipos médicos, medicinas, movilización, combustible y demás.

 # s/n

22.02: Convenio entre el Vicariato Apostólico de Napo (Misión Josefina) y el MSP. Para que los hospitales de Baeza y el Hospital del Chaco dispongan de la correspondiente partida presupuestaria.

MSP: Entrega S/. 3'500.000,oo y S/. 300.000,oo mensuales para el Hospital del Chaco hasta que se inaugure el de Baeza. Dota de medicamentos genéricos y de MEGRAME.

VAN: Atiende a la población y presenta un informe semestral al MSP. Utiliza el terreno y la planta física del hospital. Contrata el personal y paga sus sueldos, bonificaciones y demás. Otorga licencias, vacaciones, etc. Instala y equipa las boticas populares. Distribuye los medicamentos genéricos.

Duración: 1 año

1990

 # s/n

06.06: Convenio entre la Fundación Pablo Muñoz Vega (Instituto Psiquiátrico "Sagrado Corazón") y el MSP. Para la entrega de una asignación económica anual para la atención de enfermeras psiquiátricas.

MSP: Entrega S/. 30'000.000,oo anuales, fiscaliza su uso apropiado, constata la conveniente atención de los pacientes. Entrega medicamentos. Proporciona, mediante el IEOS, la reparación del edificio y sus instalaciones.

IPSC: Recibe 150 pacientes, los trata y medica. Presenta informes mensuales al MSP.

Duración: 1 año

 # s/n

12.03: Convenio entre el MSP (Subsecretaria de la Zona II) y Acción Clínica de Urdesa (ACCUR). Para la programación de erradicación y control del dengue (fumigación extradomiciliaria, tratamiento de criaderos de insectos y abatización de reservorios de agua).

MSP: Da S/. 3'545.000,oo: equipos de fumigación, un operador por cinco semanas, 100 galones de insecticida, equipo de abatizadores, cinco visitadores y un jefe de brigada y 200 kg de insecticida.

ACCUR: Alquila un vehículo por cinco semanas, 200 galones de combustible, dota un chofer, 200 galones de diesel, un operador por cinco semanas. En total, aporta con S/. 421.000,oo.

Duración: 2 meses

1991

#520

22.02: Protocolo adicional al convenio del Ministerio de Salud Pública con la Misión Capuchina para la administración del Hospital Franklin Tello de Nuevo Rocafuerte (Napo).

MSP: Da S/.3'900.000 anuales a la misión capuchina y fiscalizará

MC: Paga sueldos, equipos médicos, medicinas y movilización, combustible y otros.

3.2.2 CONVENIOS CON BENEFICIO GRATUITO PARA EL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

1982

#0045

07.10: Convenio entre el Club Leones de Quito Central y el MSP.
Para la creación de un centro médico comunitario para actividades de prevención y tratamiento de enfermedades frecuentes en niños escolares de los barrios urbano-marginales de Quito.

MSP: Asigna un médico, y personal competente e instrumental.

CLQC: Construye y adecua el edificio donde funcionará el centro; aporta con personal capacitado y paga sus salarios.

1983

#104

05.06: Convenio entre los Amigos de las Américas y el MSP.
Para la ejecución de un programa de vacunación antirrábica canina y de vacunación contra la fiebre amarilla en las provincias de Tungurahua y Pastaza.

1985

 # s/n

17.06: Convenio entre "Amigos de la Américas" y el MSP.
Para la ejecución de un programa de vacunación antiamarílica,

antirrábica, letrinización, oftalmología y optometría en las provincias de Morona Santiago, Bolívar y Loja.

AA: Entrega cien mil dosis de vacunas antiamarílicas; ochenta mil agujas hipodérmicas 25 x 1/2; dieciséis mil seiscientas jeringuillas; mil agujas hipodérmicas; veinte termos de un galón; treinta vacunadores voluntarios; tres supervisores y un subdirector. Para el programa de vacunación antirrábica entrega: treinta mil dosis de vacuna antirrábica; cinco mil jeringuillas; diez termos de un galón; diez vacunadores voluntarios y un supervisor. Para el programa de letrinización entrega: ciento cincuenta mil sucres para la compra de materiales de construcción de letrinas; treinta trabajadores; tres supervisores y un subdirector. Y, para los programas de oftalmología y optometría, asigna cuatro oftalmólogos; cuatro enfermeras; dos optometristas; seis asistentes; un supervisor; entrega cuatro equipos de cirugía oftalmológica; un microscopio oftalmológico y cinco mil lentes graduados por computación.

MSP: Se obliga a coordinar junto con la Organización Amigos de las Américas, la planificación general, la supervisión y la evaluación, así como la transportación de voluntarios y materiales.

Duración: Cincuenta días.

 # s/n

02.10: Convenio entre la Corporación Estatal Petrolera Ecuatoriana CEPE y el MSP. Para la donación de equipos.

CEPE: Dona al hospital "Vicente Corral" de Cuenca un equipo de rayos X por un valor de US $ 14,910

MSP: Se compromete a brindar servicio gratuito de rayos X a cualquier empleado de CEPE.

 # s/n

02.12: Convenio entre Molinos Champion y el MSP.(subsecretaria Zona II). Donación de un equipo laser y microscopio para el tratamiento médico del niño Alex Cruz que sufre de papilomatosis juvenil.

MSP: Cubre los costos de mantenimiento y reparación del equipo donado.

MCh: Dona el ya mencionado equipo y cubre los costos de instalación del mismo en el hospital Abel Gilbert Pontón. Trae un especialista norteamericano, cubre sus gastos de estadía y viajes, quien vendrá a entrenar a médicos ecuatorianos.

 # s/n

24.04: Convenio entre el Club Rotario de Quito y el MSP, de apoyo al programa ampliado de inmunización para erradicar la poliomielitis.

CRQ: Entrega 1'500.000 dosis de vacuna antipolio durante un período de cinco años y cubrir todos los gastos de transporte.

MSP: Organiza el programa de vacunación, encargándose de la publicidad de la campaña.

 # s/n

s/f: Convenio entre la Federación de Centros Shuar y el MSP.
Para programas de salud y creación de unidades de salud en Napo, Pastaza, Morona Santiago y Zamora Chinchipe.

MSP: Asesora y da asistencia técnica, asigna médicos y enfermeras y un médico de planta. Se encarga del diagnóstico, tratamiento y control de tuberculosis en tres subcentros de salud

FCS: Se encargará de la comunicación, de la infraestructura física, de colaborar con recursos comunitarios.

1987

 # s/n

10.02: Convenio entre la Fundación Nuestros Jóvenes y el MSP.
De cooperación técnica y funcional para un centro de salud especializado en jóvenes con problemas de drogadicción y fármaco-dependencia para su tratamiento y rehabilitación.

FNJ: Financia toda la construcción del centro de salud, lo equipa y desarrolla. Aporta con el personal calificado correspondiente. Realiza programas educativos y de tratamiento. Difunde el programa. Informa periódicamente sobre el desarrollo del programa.

MSP: Da apoyo e instala una oficina para una secretaria, una trabajadora social, un médico y una enfermera. Participa en el equipamiento del centro de salud. Supervisa y evalua el desarrollo del programa. Pide al Ministerio de Finanzas el permiso para la libre importación de equipos.

1988

 # s/n

25.05: Convenio entre el Patronato "Amparo y Hogar" y el MSP.
Para que el Patronato se haga cargo de los menores abandonados por más de 30 días para que se encargue de buscar a sus padres o una familia nueva.

PAyH: Da cuidados a los niños a su cargo. Informa sobre los trámites realizados. Asume la responsabilidad del cuidado de los menores y les presta toda la atención necesaria.

Duración: 5 años.

 # s/n

27.12: Convenio entre el MSP y la Federación Nacional de Profesionales que cumplan el año de medicina rural.
Para que estos profesionales gocen de períodos de descanso.

MSP: Concede 15 días cada seis meses de descanso.

FNP: Colabora con el ministerio.

 # 173

11.07: Convenio entre la Sociedad Médica Cristiana y el MSP.
Para la cooperación en los programas de salud en áreas rurales y urbano-marginales mediante brigadas médicas. De donación de suministros, equipos, prótesis de oftalmología, medicinas y equipos de oftalmología.

SMC: Proporciona médicos en oftalmología, cirugía general, clínica y odontológica. Donación de medicinas, suministros médicos e instrumental. Coordina las actividades del personal.

MSP: Exonera de impuestos. Facilita el ingreso a las brigadas médicas.

Duración: 3 años.

1989

 # s/n

29.03: Convenio entre la Fundación Oswaldo Loor Moreira y el MSP.
Para obtener equipos e instrumentos para el centro de diagnóstico médico de Portoviejo.

MSP: Autoriza la exoneración arancelaria para la importación de equipos y demás.

FOLM: Utiliza los equipos, instrumental de conformidad con los fines. Presenta un informe anual al MSP.

1990

 # s/n

27.08: Convenio entre la Fundación Acción Social Ecuatoriana (FASE) y el MSP (Hospital Pablo Arturo Suárez). Para la entrega al hospital de un equipo impedanciómetro.

MSP: Instala el equipo, ubica médicos, enfermeras y demás personal para la atención y manejo del equipo; notifica al FASE cualquier cambio de personal.

FASE: Entrega el equipo. Hace el seguimiento del equipo y procura que se de oportuna atención a los pacientes.

 # 2601

19.10: Convenio entre Automotores y Anexos - Compañía Panamericana del Ecuador y el MSP. Para la contratación de pólizas de seguro para sus vehículos, incluidas las ambulancias NISSAN de la empresa FOCOEX-INCUATRO de la cual recibió como repuestos para Compañía Panamericana para reparar tan pronto Automotores y Anexos los reciba del exterior.

MSP: Entrega a la Compañía Panamericana los repuestos que tenga.

Cía. P: Entrega los repuestos.

AyA: Importa los repuestos.

 # 689

26.03: Convenio entre la Asociación Santa Mariana de Jesús y SOLCA.

ASMJ: Entrega en comodato o préstamo en uso a SOLCA equipos de radioterapia que les fueron donados por el World Mercy Fund.

SOLCA: Paga el transporte de los equipos desde Estados Unidos de América. Mantiene los equipos. Proporciona tratamiento a los pacientes de SOLCA, de la CEPAL y de los hospitales del MSP.

Duración: 10 años.

3.2.3 CONVENIOS CONMUTATIVOS DE BENEFICIO Y CARGAS MUTUOS

1981

 # 0020

27.01: Convenio entre la Misión Capuchina y el MSP. Para la administración del hospital "Franklin Tello" de Nuevo Rocafuerte, Provincia del Napo.

MSP: Se compromete a asignar para el hospital S/. 40.000,oo mensuales, a nombrar un médico.

MisiónC: Se compromete a pagar los salarios del personal, a comprar las medicinas, los equipos, el instrumental, etc.

1983

 # 0066

09.06: Convenio entre la Asociación de Bienestar de la Familia Ecuatoriana (APROFE) y el MSP. Para la coordinación de actividades en la planificación familiar.

#0093

20.07: Convenio entre la Misión del Ecuador de la Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Ultimos Días y el MSP.
Para establecer un programa piloto para la educación y asistencia de salud para Otavalo.

1985

 # s/n

03.09: Convenio entre la Cruz Roja Ecuatoriana y el MSP.
Para prestación de servicios y cooperación interinstitucional para los servicios del Banco de Sangre de quienes realizan la medicatura rural designados por el MSP.

Duración: 2 años

1986

 # s/n

08.05: Convenio entre la Sociedad de Lucha contra el Cáncer de Manabí SOLCA y el MSP.

MSP: A través del Hospital de Portoviejo prestará un médico patólogo y facultará los ambientes para ayudar a SOLCA en sus tareas.

SOLCA: Colaborará con la prestación de sus servicios especializados, equipos en general, equipos de endoscopia del tubo digestivo, su unidad electroquirúrgica y de ecografía.

 # s/n

15.09: Convenio entre el Club KIWANIS-Quito y el MSP.
Para la instalación de un centro de salud y una botica popular.

MSP: Cubre los emolumentos para mantenerlo y asigna un médico que trabaje ocho horas diarias. Dota a la botica de medicamentos genéricos y del programa MEGRAME-5.

CKQ: Equipa un terreno de su propiedad para un centro de salud y una botica popular.

 # 1960

16.10: Convenio entre el Club de Leones Quito Central y el MSP, para la creación del centro de salud No. 10.

MSP: Asigna personal calificado, incrementa el equipo existente, asigna S/. 30.000,oo mensuales, realiza actividades de educación para la salud.

CLQC: Entrega los locales en forma gratuita, realiza la construcción del segundo piso y lo dota de muebles.

1987

#145 A*

15.12: Convenio de cooperación entre la Asociación Pro-Superación de la persona con parálisis cerebral del Azuay y el MSP.
Para el desarrollo y ejecución de programas de investigación, prevención, diagnóstico y rehabilitación de las personas que padecen de parálisis cerebral, especialmente infantil.

1988

 # s/n

07.11: Convenio entre la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Ecológica y el MSP.
Para accionar y poner en funcionamiento un subcentro de salud en el Comité del Pueblo No. 2 para atención médica e investigación en medicina ecológica.

MSP: Dota de equipos médicos, instrumental, muebles. Asigna médicos, auxiliares de enfermería y auxiliares de administración. Mantiene un botiquín comunitario. Los egresos serán aplicados a la partida presupuestaria de la Dirección Provincial de Pichincha.

SEME: Asigna un local. Da asesoría científica-técnica. Organiza el desarrollo del subcentro y presenta informes.

Duración: 2 años.

 # s/n

11.05: Convenio entre la Sociedad Deportivo Aucas y el MSP.
Para el funcionamiento de un centro de salud, una botica popular y un departamento de rehabilitación deportiva en el estadio del Aucas.

MSP: Dota de equipos de rehabilitación. Instala el centro de salud con atención gíneco-obstétrica y asigna el personal necesario. Instala una botica y da una ambulancia para los eventos deportivos.

SDA: Da el local. Entrega en comodato al MSP por 20 años el área física. Designa un tecnólogo médico fisioterapista.

1989

 # 2085

18.08: Renovación del convenio celebrado el 13.10.88 entre la Fundación Hermano Miguel y el MSP. De cooperación financiera entre la fundación y los pacientes del Hospital dermatológico Gonzalo González para el programa de complementación de remuneraciones a pacientes.

1990

 # s/n

19.04: Convenio entre la Universidad Eloy Alfaro de Manta y el MSP. Para el desarrollo y ejecución del Plan de Salud Familiar Integral en las comunidades urbano-marginales y rurales.

MSP: Da facilidades a los estudiantes para que realicen las prácticas necesarias. Solicita a la facultades de Ciencias Médicas equipos de laboratorio, odontología, y demás. Evalua el cumplimiento de los programas.

UEA: Proporciona los equipos requeridos. Informa semestralmente al MSP.

Duración: 2 años

1991

 # 274

25.01: Convenio entre la Universidad Central del Ecuador y el Ministerio de Defensa Nacional. Para el programa educacional en los niveles de pre-grado, intercambio rotativo y pos-grado de los estudiantes en el Hospital de las Fuerzas Armadas.

MDN: Asigna recursos para los internos rotativos que no podrán exceder de 40, quienes practicarán sólo en el hospital de la Fuerzas Armadas. Da el financiamiento para los internos rotativos (dos salarios mínimmos vitales por cada interno).

UC: Da al hospital todos los medios para la ejecución de los programas de docencia, establece un cupo mínimo y uno máximo para que los médicos militares puedan realizar estudios de pos-grado.

Duración: 2 años.

4.0. CONVENIOS CELEBRADOS CON FINES CIENTIFICOS Y DE EDUCACION

1983

#0088

05.10: Convenio entre la Facultad de Medicina, Veterinaria y Zootecnia y el MSP. Para la donación por parte del MSP, de residuos del programa "Leche- Arroz" para utilizar en la alimentación del ganado de la Facultad.

#0096

12.07: Convenio entre la Universidad Laica "Vicente Rocafuerte" extensión Manta. Con el objeto de colaborar y apoyar para la formación de profesionales en la rama de enfermería.

#0087

08.02: Convenio entre el Ministerio de Educación y Cultura y el MSP. Para el incremento y desarrollo para la educación para la salud.

#0090

10.02: Convenio entre la Fundación Eugenio Espejo y el MSP. Para la cooperación técnica en programas de investigación en salud y nutrición.

1985

 # s/n

04.10: Convenio entre la Escuela Superior Politécnica del Chimborazo y el MSP. Para que los egresados en la Escuela de Nutrición y Dietética realicen investigaciones operativas y actividades en el área alimentaria-nutricional.

MSP: El MSP presta el Instituto Nacional de Investigaciones Nutricionales y Médico Sociales y las Unidades Operativas del Ministerio para las actividades de las investigaciones. Asigna dos millones de sucres.

Duración: 1 año

1986

#132

22.10: Convenio entre el Instituto Nacional de Cardiología "Alfredo Palacio" y el MSP. Para el estudio y tratamiento de cardiopatías.

INCAP: Estudios con los programas "Guayaquil I y II"

MSP: Financiamiento del Programa.

 # s/n

25.09: Convenio entre el Dispensario San Juan de Jerusalén de la Orden de Malta de cuenca y el MSP.

La Orden de Malta da una beca de estudios para ortesis y prótesis, en Francia, con todo pagado a un médico nombrado por el MSP.

Duración: 2 años

 # s/n

17.01: Convenio entre el Instituto Nacional del Niño y la Familia INNFA y el MSP. Contrato para entrenar a profesionales que capacitarán al personal de guarderías en funcionamiento.

MSP: Asigna cuatro profesionales, paga su transporte y sus viáticos y entrega S/. 600.000,oo por los cuatro profesionales a entrenarse.

INNFA: Planifica el desarrollo de la capacitación.

 # s/n

22.10: Convenio entre el Instituto Nacional de Cardiología "Alfredo Palacio"(INCAP) y el MSP. Para realizar estudios sobre la incidencia anual de las diferentes cardiopatías y sobre longevidad y prevalencia de enfermedades cardiovasculares en San Vicente, provincia del Guayas.

MSP: Debe referir al INCAP los pacientes con afecciones cardíacas de los hospitales del Guayas. Dar S/. 30'000.000,oo, asignar personal médico. Colaborar en todo sentido y especialmente con los equipos.

INCAP: Realiza los estudios pertinentes y elabora el informe correspondiente.

 # s/n

30.12: Convenio entre el CEPAR (Centro de Promoción de Paternidad Responsable) y el MSP de coparticipación técnico-administrativa para el proyecto de investigación "Encuesta demográfica y de salud familiar 87", para obtener información sobre niveles y tendencias de fecundidad y uso de anticonceptivos.

MSP: Participa con el Instituto Nacional de Investigaciones Nutricionales y Médico Sociales (ININMS). Designar al jefe de Proyecto. Designa el personal técnico y permanente del ININMS.

CEPAR: Participa con personal técnico-administrativo para realizar las encuestas. Asume la administración y costos de la encuesta. Canaliza a través de Westinghouse Elec. Co. la asesoría internacional. Aporta locales y facilidades respectivas. Dota de equipos, materiales, transportes y demás. Asume todos los gastos de la encuesta. Se encarga de la contratación del personal.

1987
 # s/n

07.09: Convenio entre el Colegio de Médicos de Pichincha y el MSP, de asistencia técnica para proporcionar a los residentes docencia técnica-práctica y colaborar con el MSP en el cumplimiento de las obligaciones asistenciales a través de los médicos becarios del aula CIBA GEIGY.

MSP: Dota de infraestructura material y de personal calificado para el adiestramiento.

CMP: Ejecuta y evalua la docencia.

Duración: 2 años.

 # s/n

28.01: Convenio entre la Fundación Ciencia para el estudio del hombre y la naturaleza y el MSP. Para la ejecución del componente de detección y significación del hipocondrismo congénito.

FC: Ejecuta el programa. Diseña y elabora manuales de entrenamiento. Realiza la obtención de muestras, crea un sistema de supervisión. Asigna un coordinador que ganará S/. 30.000,oo mensuales, cuatro médicos de campo (S/. 20.000,oo cada uno mensuales) que dan un total de S/. 110.000,oo mensuales. Presenta informes semestrales.

MSP: Facilita la movilización y hace la evaluación y control del programa.

1989
 # s/n

11.01: Convenio entre la Asociación Ecuatoriana de Facultades de Odontología AEFO y el MSP. De cooperación e integración en docencia-servicio e investigación. Programa para la formación y capacitación de personal. "Situación de la Estomatología en el Ecuador".

MSP: Facilita el acceso los miembros de la AEFO a los servicios del MSP. Asigna los recursos físicos y financieros y S/. 500.000,oo anuales para el desarrollo del convenio.

AEFO: Lleva la orientación del programa. Presenta informes anuales al MSP.

Duración: 5 años

ANEXO B
FUENTES LEGALES CONSULTADAS

CONSTITUCION, CODIGOS Y LEYES

- Constitución de la República
- Código Civil
- Código de la Salud
- Código del Trabajo
- Código Tributario
- Ley Arancelaria
- Ley de Cambios Internacionales
- Ley de Contratación Pública
- Ley de Consultoría
- Ley de Defensa del Consumidor
- Ley de Exoneración de Impuestos a las Importaciones, para obras y servicios prioritarios del sector público
- Ley de la Federación Médica Ecuatoriana
- Ley de Libre Importación de Medicamentos
- Ley de Régimen Administrativo
- Ley de Régimen Tributario Interno
- Ley de Seguro Social Obligatorio
- Ley General de Compañías de Seguros
- Ley Orgánica de Administración Financiera y Control
- Ley Orgánica de Aduanas
- Ley 27, Reformatoria a la Ley de la Federación Médica Ecuatoriana, RO 211: 14.06.89
- Ley 79, Reformatoria sobre el décimo quinto sueldo y a las Leyes de Regulación económica y control del gasto público, de fomento y de desarrollo seccional.RO 464: 22.06.90

- Ley 133 Reformatoria al Código del Trabajo. Suplemento RO 817: 21.11.91

- Ley 152 de Creación del Consejo Nacional de Fijación de Precios de Medicamentos de Uso Humano. RO 927: 04.05.92

- Decreto Supremo No. 1627, Exoneraciones de impuestos, tasas y gravámenes, RO 656: 9.08.46

- Decreto Supremo No. 1060, Exenciones impositivas a favor de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, RO 273: 23.07.71

- Decreto Supremo 201-B, Creación del Comité Nacional de Cooperación Técnica y Asistencia Económica, RO 510: 12.03.74

DECRETOS EJECUTIVOS

- Decreto Ejecutivo No. 2965, Legalización y reglamentación de las recaudaciones realizadas por las gobernaciones provinciales en concepto de expedición de pasaportes y documentos de viaje, RO 710: 14.11.78

- Decreto Ejecutivo No. 915, Gratuidad de los servicios de salud, RO 391: 05.03.81

- Decreto Ejecutivo No. 1757, Reglamento para el Comité Nacional de cooperación técnica y asistencia económica, RO 420: 21.04.86

- Decreto Ejecutivo No. 730-B, Reglamento a la Ley sobre Cambios Internacionales RO 254: 16.08.89.

- Decreto Ejecutivo No. 903, Reglamento General a la Ley de Consultoría. RO 278: 19.10.89.

- Decreto Ejecutivo No. 2260, Funciones de la Secretaría Nacional de Administración Pública, RO 641: 13.03.91

- Decreto Ejecutivo No. 2392, Reglamento a la Ley de Contratación Pública. Suplemento RO 673: 29.04.91

- Decreto Ejecutivo No. 3367, Reformas al arancel de importaciones. Suplemento RO 945: 28.05.92

ACUERDOS MINISTERIALES

- Acuerdo No. 419, Reglamento General de la Ley Orgánica de Aduanas. RO 691: 16.10.78.

- Acuerdo No. 12005, Reglamento de Servicios de Salud Privados RO 882: 26.07.79

- Acuerdo No. 4698, del Ministerio de Salud Pública de 27.02.81 no publicado en el Registro Oficial, determinación de servicios gratuitos en casas de salud.

- Acuerdo No. 100-A del Frente Económico RO 72: 23.11.86

- Acuerdo No. 1578, Reglamento Orgánico Funcional del Ministerio de Salud Pública, RO 588: 19.12.86

- Acuerdo No. 1661, Creación de la Unidad de Administración Financiera de Proyectos y Convenios Nacionales e Internacionales del MSP como ente contable y administrativo, RO 158: 29.03.89

- Acuerdo No. 2343, Reglamento al Convenio Interinstitucional entre el MSP y el IESS, RO 226: 5.07.89

- Acuerdo No. 817 Regulaciones para la presentación de la información financiera del sector público Suplemento del RO 299: 20.10.89

- Acuerdo No. 3511, El MSP aprueba la guía de promoción y fomento de la Lactancia Materna y establece la obligatoriedad del alojamiento conjunto madre-niño en las instituciones públicas y privadas que prestan servicios materno-infantiles, RO 133: 13.11.89.

- Acuerdo No. 615, Porcentaje que deberá retener toda persona jurídica, pública o privada y las sociedades que paguen o acrediten una cuenta de ingresos que constituyen renta gravada para quien lo reciba, RO 344: 28.12.89

- Acuerdo No. 1285, Reglamento de aplicación de las normas sobre declaración, pago y retenciones en la fuente del impuesto a la renta Suplemento RO 385: 28.02.90.

- Acuerdo No. 070, del Ministro de Finanzas y Crédito Público aproximando el valor del incremento porcentual del índice de precios al consumidor, RO 617: 04.02.91

- Acuerdo No. 071, del Ministro de Finanzas y Crédito Público expidiendo la tabla de retenciones en la fuente por ingresos derivados del trabajo en relación de dependencia, RO 617: 04.02.91

- Acuerdo No. 259, Organización de comisiones sectoriales de salarios mínimos, RO 708: 19.06.91

- Acuerdo No. 11190 Establece cobro de tasas para los servicios de la salud del Instituto Nacional Leopoldo Izquieta Pérez, RO 698: 05.06.91

- Acuerdo No. 91-006 del Frente Económico. Para que la regulación de precios de los medicamentos de uso humano sea de acuerdo al artículo 22, letra a) de la Ley de Defensa al Consumidor, RO 782: 2.10.91.

- Acuerdo interinstitucional No. 0889, Clasificador de ingresos para el sector público, Suplemento RO 798: 25.10.91

- Acuerdo No. 742, del Ministerio del Trabajo para que se fijen los sueldos y/o salarios mínimos a nivel nacional, para los trabajadores que laboran en hospitales, sanatorios, clínicas, consultorios, laboratorios y otras instituciones de asistencia social, Suplemento RO 836: 19.12.91

RESOLUCIONES

- No. 755, Clasificador de Ingresos del Estado, RO 226: 17.01.73