

REGISTRO OFICIAL[®]

ÓRGANO DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

SUMARIO:

Págs.

FUNCIÓN EJECUTIVA

RESOLUCIONES:

MINISTERIO DE EDUCACIÓN, DEPORTE Y CULTURA:

MINEDEC-DRPRCDAF-2025-0008-R Se aprueba la modificación de la Planificación Operativa Anual del Gasto Corriente correspondiente al ejercicio fiscal 2025 de la Liga Deportiva Barrial Loxa - Loja 2

MINEDEC-DRPRCDAF-2025-0009-R Se aprueba la modificación de la Planificación Operativa Anual del Gasto Corriente correspondiente al ejercicio fiscal 2025 de la Liga Deportiva Barrial Shandia 7

AGENCIA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y MEDICINA PREPAGADA:

ACESS-ACESS-2025-0048-R Se aprueba y se expide el “Manual para la Elaboración de Informes de Auditoría de Casos Seleccionados y/o Priorizados de Inconformidades Relacionadas con la Calidad del Servicio de Salud y Seguridad del Paciente” .. 14

Resolución Nro. MINEDEC-DRPRCDAF-2025-0008-R**Quito, D.M., 24 de noviembre de 2025****MINISTERIO DE EDUCACIÓN, DEPORTE Y CULTURA****CONSIDERANDO:**

Que, el artículo 226 de la Constitución de la República del Ecuador señala que: *“Las instituciones del Estado, sus organismos, dependencias, las servidoras o servidores públicos y las personas que actúen en virtud de una potestad estatal ejercerán solamente las competencias y facultades que les sean atribuidas en la Constitución y la ley. Tendrán el deber de coordinar acciones para el cumplimiento de sus fines y hacer efectivo el goce y ejercicio de los derechos reconocidos en la Constitución.”*;

Que, el artículo 227 de la Constitución ibídem dispone: *“La administración pública constituye un servicio a la colectividad que se rige por los principios de eficacia, eficiencia, calidad, jerarquía, desconcentración, descentralización, coordinación, participación, planificación, transparencia y evaluación.”*;

Que, el artículo 233 de la Constitución de la República del Ecuador, establece que: *“Ninguna servidora ni servidor público estará exento de responsabilidades por los actos realizados en el ejercicio de sus funciones, o por sus omisiones, y serán responsables administrativa, civil y penalmente por el manejo y administración de fondos, bienes o recursos públicos. (...)”*;

Que, el inciso segundo del artículo 297 de la Constitución de la República del Ecuador señala que: *“Las instituciones y entidades que reciban o transfieran bienes o recursos públicos se someterán a las normas que las regulan y a los principios y procedimientos de transparencia, rendición de cuentas y control público.”*;

Que, el artículo 381 de Constitución de la República del Ecuador dispone: *“El Estado protegerá, promoverá y coordinará la cultura física que comprende el deporte, la educación física y la recreación, como actividades que contribuyen a la salud, formación y desarrollo integral de las personas; impulsará el acceso masivo al deporte y a las actividades deportivas a nivel formativo, barrial y parroquial; auspiciará la preparación y participación de los deportistas en competencias nacionales e internacionales, que incluyen los Juegos Olímpicos y Paraolímpicos; y fomentará la participación de las personas con discapacidad. El Estado garantizará los recursos y la infraestructura necesaria para estas actividades. Los recursos se sujetarán al control estatal, rendición de cuentas y deberán distribuirse en forma equitativa.”*;

Que, el artículo 5 del Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas establece: *“Para la aplicación de las disposiciones contenidas en el presente Código, se observarán los siguientes principios: 1. Sujeción a la planificación.- “La programación, formulación, aprobación, asignación, ejecución, seguimiento y evaluación del Presupuesto General del Estado, los demás presupuestos de las entidades públicas y todos los recursos públicos, se sujetarán a los lineamientos de la planificación del desarrollo de todos los niveles de gobierno, en observancia a lo dispuesto en los artículos 280 y 293 de la Constitución de la República.”*;

Que, el artículo 65 del Código Orgánico Administrativo señala: *“La competencia es la medida en la que la Constitución y la ley habilitan a un órgano para obrar y cumplir sus fines, en razón de la materia, el territorio, el tiempo y el grado.”*;

Que, el artículo 13 de la Ley del Deporte, Educación Física y Recreación establece: *“El Ministerio Sectorial es el órgano rector y planificador del deporte, educación física y recreación y le corresponde establecer, ejercer, garantizar y aplicar las políticas, directrices y planes aplicables en las áreas correspondientes para el desarrollo del sector de conformidad con lo dispuesto en la Constitución, leyes, instrumentos internacionales y reglamentos aplicables. (...)”*;

Que, el artículo 14 de la Ley del Deporte, Educación Física y Recreación señala: *“Las funciones y atribuciones del ministerio son: (...) c) Supervisar y evaluar a las organizaciones deportivas en el cumplimiento de esta Ley y*

en el correcto uso y destino de los recursos públicos que reciban del Estado, debiendo notificar a la Contraloría General del Estado en el ámbito de sus competencias.”;

Que, el artículo 19 de la Ley del Deporte, Educación Física y Recreación establece: *“Las organizaciones deportivas que reciban recursos públicos, tendrán la obligación de presentar toda la información pertinente a su gestión financiera, técnica y administrativa al Ministerio Sectorial en el plazo que el reglamento determine.”;*

Que, el artículo 23 de la Ley del Deporte, Educación Física y Recreación establece: *“Las organizaciones deportivas reguladas en esta Ley, podrán implementar mecanismos para la obtención de recursos propios los mismos que deberán ser obligatoriamente reinvertidos en el deporte, educación física y/o recreación, así como también, en la construcción y mantenimiento de infraestructura. // Los recursos de autogestión generados por las organizaciones deportivas serán sujetos de auditoría privada anual y sus informes deberán ser remitidos durante el primer trimestre de cada año, los mismos que serán sujetos de verificación por parte del Ministerio Sectorial.”;*

Que, el artículo 130 de la Ley del Deporte, Educación Física y Recreación indica: *“(…) La distribución de los fondos públicos a las organizaciones deportivas estará a cargo del Ministerio Sectorial y se realizará de acuerdo a su política, su presupuesto, la planificación anual aprobada enmarcada en el Plan Nacional del Buen Vivir y la Constitución. // Para la asignación presupuestaria desde el deporte formativo hasta de alto rendimiento, se considerarán los siguientes criterios: calidad de gestión sustentada en una matriz de evaluación, que incluya resultados deportivos, impacto social del deporte y su potencial desarrollo, así como la naturaleza de cada organización. Para el caso de la provincia de Galápagos se considerará los costos por su ubicación geográfica. // Para la asignación presupuestaria a la educación física y recreación, se considerarán los siguientes criterios: de igualdad, número de beneficiarios potenciales, el índice de sedentarismo de la localidad y su nivel socioeconómico, así como la naturaleza de cada organización y la infraestructura no desarrollada. (...)”;*

Que, el artículo 134 de la Ley del Deporte, Educación Física y Recreación establece: *“El Ministerio Sectorial realizará las transferencias a las organizaciones deportivas de forma mensual y de conformidad a la planificación anual previamente aprobada por el mismo, la política sectorial y el Plan Nacional de Desarrollo. (...)”;*

Que, el artículo 138 de la Ley del Deporte, Educación Física y Recreación indica: *“Las organizaciones deportivas deberán presentar una evaluación semestral de su planificación anual de acuerdo a la metodología establecida por el Ministerio Sectorial y con los documentos y materiales que prueben la ejecución de los proyectos, en el plazo indicado por el mismo.”;*

Que, el artículo 173 de la Ley del Deporte, Educación Física y Recreación establece: *“Se contemplan tres tipos de sanciones económicas, a saber:*

- a) Multas;*
- b) Suspensión temporal de asignaciones presupuestarias; y,*
- c) Retiro definitivo de asignaciones presupuestarias.*

No se podrá suspender temporal o definitivamente las asignaciones presupuestarias, sin que previamente se hayan aplicado las multas correspondientes; sin embargo, en el caso en que la organización deportiva no haya registrado su directorio en el Ministerio Sectorial, no haya presentado el plan operativo anual dentro del plazo establecido en la presente Ley, o la información anual requerida, se suspenderá de manera inmediata y sin más trámite las transferencias, hasta que se subsane dicha inobservancia.”;

Que, el artículo 64 del Reglamento Sustitutivo al Reglamento General de la Ley del Deporte, Educación Física y Recreación indica: *“De la modificación del plan operativo anual: Las organizaciones deportivas podrán, en función de sus necesidades debidamente justificadas, modificar su plan operativo anual aprobado por el*

Ministerio Sectorial de conformidad con las disposiciones definidas por este último.”;

Que, con Acuerdo Ministerial Nro. MD-DM-2025-0001-A de 15 de enero de 2025, la Viceministra del Deporte (a esa fecha), expide los *“Lineamientos para la Programación y Aprobación de la Planificación Operativa Anual 2025 de las Organizaciones Deportivas”*;

Que, mediante Acuerdo Nro. MD-DM-2025-0003-A de 17 de enero de 2025 la Viceministra del Deporte (a esa fecha), expide *“Modelo de Asignación de Recursos para el Financiamiento de la Planificación Operativa Anual de las Organizaciones Deportivas para el Ejercicio Fiscal 2025”*;

Que, mediante Memorando Nro. MD-DZ7-2025-0124-M de 29 de enero de 2025, la Dirección Zonal 7 emite la Certificación POA 2025 para las *“Asignaciones Anuales a Organizaciones Deportivas Barriales y Parroquiales de la Dirección Zonal 7”*;

Que, mediante Memorando Nro. MD-DZ7-2025-0365-M de 17 de marzo de 2025, la Dirección Zonal 7 emite la Certificación POA 2025 para las *“Asignaciones Anuales a Organizaciones Deportivas Barriales y Parroquiales de la Dirección Zonal 7”*;

Que, la Subsecretaria de Actividad Física, notifica el techo presupuestario a la Liga Deportiva Barrial Loxa-Loja con fecha 18 de marzo de 2025 mismo que con fecha 01 de abril de 2025 realiza el registro y carga de la información correspondiente a la Planificación Operativa Anual 2025 en el Aplicativo desarrollado para el efecto;

Que, mediante Memorando Nro. MD-DF-2025-0438-M de fecha 19 de marzo de 2025, la Dirección Financiera emite la *“Liquidación y Actualización de Certificaciones Presupuestarias POA-2024 de los Organismos Deportivos Barriales y Parroquiales de la DZ7”*;

Que, la Liga Deportiva Barrial Loxa-Loja presentó en el aplicativo la declaración de toda la infraestructura deportiva a su cargo;

Que, mediante Resolución Nro. MD-DZ7-2025-0075-R de 07 de abril de 2025, se aprueba la Planificación Operativa Anual 2025 de la Liga Deportiva Barrial Loxa-Loja;

Que, con Acuerdo Ministerial Nro. MD-DM-2025-0025-0025-A de 11 de abril de 2025, se reforma el Acuerdo con Acuerdo Ministerial Nro. MD-DM-2025-0002-A, de 15 de enero de 2025, mediante el cual se expidieron los *“Lineamientos para la Modificación y/o Incrementos de la Planificación Operativa Anual 2025 de las Organizaciones Deportivas”*;

Que, el Presidente Constitucional de la República del Ecuador con Decreto Ejecutivo Nro. 60 de 24 de julio de 2025, decreta la fusión del Ministerio del Deporte al Ministerio de Educación;

Que, el Presidente Constitucional de la República del Ecuador con Decreto Ejecutivo Nro. 100 de 15 de agosto de 2025, decreta: *“Fusiónese por absorción al Ministerio de Educación, las siguientes instituciones (...c) Ministerio del Deporte (...)”*;

Que, mediante Acuerdo Ministerial Nro. MINEDEC-MINEDEC-2025-00056-A de fecha 21 de octubre de 2025, la Ministra de Educación, Deporte y Cultura determina las facultades, funciones, atribuciones y responsabilidades legalmente establecidas para el/la Ministro/a de Educación, Deporte y Cultura como máxima autoridad institucional en favor de el/la Viceministro/a de Deporte, en aspectos relacionados al deporte, educación física y recreación;

Que, mediante Resolución Nro. MINEDEC-VD-2025-0011-R de fecha 06 de noviembre de 2025, se expiden los *“Lineamientos para los procesos de aprobación, ejecución, modificación, incrementos y evaluación de los recursos transferidos de gasto corriente a las organizaciones deportivas”*;

Que, mediante Circular Nro. MINEDEC-VD-2025-0001-C de fecha 07 de noviembre de 2025, se socializan las *“DIRECTRICES PARA LA PRESENTACIÓN DE MODIFICACIONES Y/O INCREMENTOS A LAS PLANIFICACIONES OPERATIVAS ANUALES (POA) 2025 DE LAS ORGANIZACIONES DEPORTIVAS”*;

Que, con fecha 14 de noviembre de 2025, la Liga Deportiva Barrial Loxa-Loja presenta la modificación del POA 2025;

Que, mediante Decreto Ejecutivo Nro. 224 de fecha 18 de noviembre de 2025, el señor Presidente Constitucional de la República del Ecuador, designa a la señora Gilda Natalia Alcívar García como Ministra de Educación, Deporte y Cultura;

Que, mediante Acción de Personal Nro. 2376 de fecha 15 de septiembre de 2025, se nombra a al señor José David Jiménez Vásquez como Viceministro del Deporte;

Que, con Acción de Personal Nro. 2380 de fecha 15 de septiembre de 2025, se nombra a la Econ. Karina Paola Landines Vera como Directora de Regulación y Promoción de Recursos Complementarios para el Deporte y Actividad Física.

RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar la modificación de la Planificación Operativa Anual del Gasto Corriente correspondiente al ejercicio fiscal 2025 de Liga Deportiva Barrial Loxa-Loja; toda vez que, la Dirección de Regulación y Promoción de Recursos Complementarios para el Deporte y Actividad Física ha validado la información presentada por la organización deportiva, éste cumple con las Directrices para la Presentación de Modificaciones y/o Incrementos a las Planificaciones Operativas Anuales (Poa) 2025 de las Organizaciones Deportivas del gasto corriente.

Artículo 2.- Ratificar el contenido de la Resolución Nro. MD-DZ7-2025-0075-R de 07 de abril de 2025 y de la Resolución Nro. MD-DZ7-2025-0155-R de 13 de agosto de 2025, en todas las partes que no hayan sido modificadas en la presente Resolución.

DISPOSICIÓN GENERAL

PRIMERA. - El manejo de los recursos públicos transferidos a la Organización Deportiva señalada en la presente resolución, estará sujeta a lo dispuesto en la normativa vigente que regula el manejo, uso y control de los recursos públicos.

La correcta ejecución de los recursos públicos financiados por parte del Ministerio de Educación, Deporte y Cultura, para la adquisición de bienes, contratación de servicios, consultoría y obra; es de estricta responsabilidad de la organización deportiva, conforme lo establecido en el artículo 1, numeral 2, literal b) de la Ley Orgánica Reformatoria a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública.

Corresponderá a las unidades respectivas realizar el monitoreo, seguimiento y evaluación de la ejecución de los recursos económicos conforme a las actividades aprobadas por esta Cartera de Estado. Así mismo, de conformidad al artículo 138 de la Ley del Deporte, Educación Física y Recreación, la organización deportiva remitirá la evaluación semestral del POA en los plazos establecidos.

DISPOSICIONES FINALES

PRIMERA. - Encárguese a Dirección de Regulación y Promoción de Recursos Complementarios para el Deporte y Actividad Física la notificación de la presente resolución a la organización deportiva respectiva, a la Subsecretaría de Actividad Física, Dirección de Recreación; y, a la Coordinación General de Secretaría y Atención al Ciudadano, para los registros institucionales de archivo y remitir al Registro Oficial para su publicación.

SEGUNDA. - Encárguese a el/la titular de la Dirección de Comunicación Social, la publicación del presente Acuerdo en la página web de esta Cartera de Estado.

TERCERA. - La presente normativa entrará en vigencia a partir de su expedición, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial.

Comuníquese y publíquese.-

Por delegación de la máxima autoridad.

Documento firmado electrónicamente

Econ. Karina Paola Landines Vera

DIRECTORA DE REGULACIÓN Y PROMOCIÓN DE RECURSOS COMPLEMENTARIOS PARA EL DEPORTE Y ACTIVIDAD FÍSICA**Referencias:**

- MINEDEC-DGD-2025-10309-EXT

Anexos:

- informe_modificación_poa_-_ldb_loxa-loja_nov_2025-signed-signed.pdf
- matriz_modificación_poa_2025_-_ldb_loxa-loja_nov_2025-signed.pdf
- poa_2025_-_ldb_loxa-loja_21-11-2025.zip
- auxiliares0003018001763760180.zip

Copia:

Kevin Luis Gómez Hernández
Subsecretario de Actividad Física

Señora Magíster
María Concepción Ribadeneira Cantos
Directora de Recreación

Valeria Sofía González Arcos
Directora de Comunicación Social

Señor Abogado
Rodrigo Fernando Salas Ponce
Coordinador General de Secretaría y Atención al Ciudadano

Señor Magíster
Favio Andres Villamizar Sanchez
Coordinador Zonal de Educación, Zona 7

vp



Resolución Nro. MINEDEC-DRPRCDAF-2025-0009-R**Quito, D.M., 24 de noviembre de 2025****MINISTERIO DE EDUCACIÓN, DEPORTE Y CULTURA****CONSIDERANDO:**

Que, el artículo 226 de la Constitución de la República del Ecuador señala que: *“Las instituciones del Estado, sus organismos, dependencias, las servidoras o servidores públicos y las personas que actúen en virtud de una potestad estatal ejercerán solamente las competencias y facultades que les sean atribuidas en la Constitución y la ley. Tendrán el deber de coordinar acciones para el cumplimiento de sus fines y hacer efectivo el goce y ejercicio de los derechos reconocidos en la Constitución”*;

Que, el artículo 227 de la Constitución ibídem dispone: *“La administración pública constituye un servicio a la colectividad que se rige por los principios de eficacia, eficiencia, calidad, jerarquía, desconcentración, descentralización, coordinación, participación, planificación, transparencia y evaluación”*;

Que, el artículo 233 de la Constitución de la República del Ecuador, establece que: *“Ninguna servidora ni servidor público estará exento de responsabilidades por los actos realizados en el ejercicio de sus funciones, o por sus omisiones, y serán responsables administrativa, civil y penalmente por el manejo y administración de fondos, bienes o recursos públicos. (...)”*;

Que, el inciso segundo del artículo 297 de la Constitución de la República del Ecuador señala que: *“Las instituciones y entidades que reciban o transfieran bienes o recursos públicos se someterán a las normas que las regulan y a los principios y procedimientos de transparencia, rendición de cuentas y control público.”*;

Que, el artículo 381 de Constitución de la República del Ecuador dispone: *“El Estado protegerá, promoverá y coordinará la cultura física que comprende el deporte, la educación física y la recreación, como actividades que contribuyen a la salud, formación y desarrollo integral de las personas; impulsará el acceso masivo al deporte y a las actividades deportivas a nivel formativo, barrial y parroquial; auspiciará la preparación y participación de los deportistas en competencias nacionales e internacionales, que incluyen los Juegos Olímpicos y Paraolímpicos; y fomentará la participación de las personas con discapacidad. El Estado garantizará los recursos y la infraestructura necesaria para estas actividades. Los recursos se sujetarán al control estatal, rendición de cuentas y deberán distribuirse en forma equitativa”*;

Que, el artículo 5 del Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas establece: *“Para la aplicación de las disposiciones contenidas en el presente Código, se observarán los siguientes principios: 1. Sujeción a la planificación. - “La programación, formulación, aprobación, asignación, ejecución, seguimiento y evaluación del Presupuesto General del Estado, los demás presupuestos de las entidades públicas y todos los recursos públicos, se sujetarán a los lineamientos de la planificación del desarrollo de todos los niveles de gobierno, en observancia a lo dispuesto en los artículos 280 y 293 de la Constitución de la República”*;

Que, el artículo 65 del Código Orgánico Administrativo señala: *“La competencia es la medida en la que la Constitución y la ley habilitan a un órgano para obrar y cumplir sus fines, en razón de la materia, el territorio, el tiempo y el grado.”*;

Que, el artículo 13 de la Ley del Deporte, Educación Física y Recreación establece: *“El Ministerio*

Sectorial es el órgano rector y planificador del deporte, educación física y recreación y le corresponde establecer, ejercer, garantizar y aplicar las políticas, directrices y planes aplicables en las áreas correspondientes para el desarrollo del sector de conformidad con lo dispuesto en la Constitución, leyes, instrumentos internacionales y reglamentos aplicables. (...)”;

Que, el artículo 14 de la Ley del Deporte, Educación Física y Recreación señala: *"Las funciones y atribuciones del ministerio son: (...) c) Supervisar y evaluar a las organizaciones deportivas en el cumplimiento de esta Ley y en el correcto uso y destino de los recursos públicos que reciban del Estado, debiendo notificar a la Contraloría General del Estado en el ámbito de sus competencias"*;

Que, el artículo 19 de la Ley del Deporte, Educación Física y Recreación establece: *"Las organizaciones deportivas que reciban recursos públicos, tendrán la obligación de presentar toda la información pertinente a su gestión financiera, técnica y administrativa al Ministerio Sectorial en el plazo que el reglamento determine"*;

Que, el artículo 23 de la Ley del Deporte, Educación Física y Recreación establece: *"Las organizaciones deportivas reguladas en esta Ley, podrán implementar mecanismos para la obtención de recursos propios los mismos que deberán ser obligatoriamente reinvertidos en el deporte, educación física y/o recreación, así como también, en la construcción y mantenimiento de infraestructura. // Los recursos de autogestión generados por las organizaciones deportivas serán sujetos de auditoría privada anual y sus informes deberán ser remitidos durante el primer trimestre de cada año, los mismos que serán sujetos de verificación por parte del Ministerio Sectorial"*;

Que, el artículo 130 de la Ley del Deporte, Educación Física y Recreación indica: *"(...) La distribución de los fondos públicos a las organizaciones deportivas estará a cargo del Ministerio Sectorial y se realizará de acuerdo a su política, su presupuesto, la planificación anual aprobada enmarcada en el Plan Nacional del Buen Vivir y la Constitución. // Para la asignación presupuestaria desde el deporte formativo hasta de alto rendimiento, se considerarán los siguientes criterios: calidad de gestión sustentada en una matriz de evaluación, que incluya resultados deportivos, impacto social del deporte y su potencial desarrollo, así como la naturaleza de cada organización. Para el caso de la provincia de Galápagos se considerará los costos por su ubicación geográfica. // Para la asignación presupuestaria a la educación física y recreación, se considerarán los siguientes criterios: de igualdad, número de beneficiarios potenciales, el índice de sedentarismo de la localidad y su nivel socioeconómico, así como la naturaleza de cada organización y la infraestructura no desarrollada. (...)"*;

Que, el artículo 134 de la Ley del Deporte, Educación Física y Recreación establece: *"El Ministerio Sectorial realizará las transferencias a las organizaciones deportivas de forma mensual y de conformidad a la planificación anual previamente aprobada por el mismo, la política sectorial y el Plan Nacional de Desarrollo. (...)"*;

Que, el artículo 138 de la Ley del Deporte, Educación Física y Recreación indica: *"Las organizaciones deportivas deberán presentar una evaluación semestral de su planificación anual de acuerdo a la metodología establecida por el Ministerio Sectorial y con los documentos y materiales que prueben la ejecución de los proyectos, en el plazo indicado por el mismo."*;

Que, el artículo 173 de la Ley del Deporte, Educación Física y Recreación establece: *"Se contemplan tres tipos de sanciones económicas, a saber:*

- a) Multas;*
- b) Suspensión temporal de asignaciones presupuestarias; y,*
- c) Retiro definitivo de asignaciones presupuestarias.*

No se podrá suspender temporal o definitivamente las asignaciones presupuestarias, sin que previamente se hayan aplicado las multas correspondientes; sin embargo, en el caso en que la organización deportiva no haya registrado su directorio en el Ministerio Sectorial, no haya presentado el plan operativo anual dentro del plazo establecido en la presente Ley, o la información anual requerida, se suspenderá de manera inmediata y sin más trámite las transferencias, hasta que se subsane dicha inobservancia.”;

Que, el artículo 66 del Reglamento Sustitutivo al Reglamento General de la Ley del Deporte, Educación Física y Recreación indica: *“Las organizaciones deberán presentar a la Entidad Rectora del Deporte sus planificaciones, hasta 15 días luego de notificado el techo presupuestario por parte de la Entidad Rectora del Deporte”;*

Que, el artículo 1 del Decreto Ejecutivo Nro. 3 de 24 de mayo de 2021, se señala *“La Secretaría del Deporte se denominará Ministerio del Deporte. Esta entidad, con excepción del cambio de denominación, mantendrá la misma estructura legal constante en el Decreto Ejecutivo No. 438 publicado en el Suplemento del Registro Oficial No. 278 del 6 de julio de 2018 y demás normativa vigente.”;*

Que, mediante Acuerdo Ministerial Nro. 0012-2024 de 30 de abril de 2024, se Expide el ESTATUTO ORGÁNICO DEL MINISTERIO DEPORTE (MD).

Que, el Estatuto Orgánico del Ministerio del Deporte en el numeral 1.3.1.5.1. Gestión de Planificación e Inversión dentro de sus atribuciones y responsabilidades literal j) establece: *“Emitir resoluciones de aprobación, modificación y/o incremento, de las planificaciones anuales de actividades deportivas de organizaciones deportivas.”;*

Que, el artículo 10 del Acuerdo Ministerial Nro. MD-DM-2024-0142 de 16 de diciembre de 2024 y sus reformas establece: El Ministerio del Deporte definirá anualmente un Modelo de Asignación presupuestaria de recursos públicos (con recursos de gasto corriente) para el financiamiento de la Planificación Operativa Anual de las organizaciones deportivas.

Este modelo contemplará la metodología, variables, indicadores, parámetros y demás criterios de asignación para determinar el recurso público que será distribuido entre las organizaciones deportivas, que hayan cumplido con los requisitos previos establecidos en los lineamientos que el ente rector haya emitido para el efecto. Dicho modelo deberá estar alineado con los objetivos estratégicos institucionales del Ministerio del Deporte y con el Plan Nacional de Desarrollo vigente, de conformidad con lo establecido en el artículo 130 de la Ley del Deporte, Educación Física y Recreación”;

Que, el artículo 12 del Acuerdo Ministerial Nro. MD-DM-2024-0142 de 16 de diciembre de 2024 y sus reformas establece: *“El ente rector del deporte emitirá los lineamientos que contendrán las definiciones y estructura de las actividades, los ítems, los formatos, los requisitos y demás criterios técnicos y administrativos, que deberán ser considerados por parte de las organizaciones deportivas en el proceso de programación y aprobación de su Planificación Operativa Anual; así como, la herramienta que estará disponible para el efecto.*

Dichos lineamientos se expedirán dentro del último trimestre de cada ejercicio fiscal y serán de cumplimiento obligatorio para las organizaciones deportivas.

Que, el artículo 15 del Acuerdo Ministerial Nro. MD-DM-2024-0142 de 16 de diciembre de 2024 y sus reformas indica: *“Las programaciones de las Planificaciones Operativas Anuales registradas en la herramienta por parte de las organizaciones deportivas, serán gestionadas por las áreas sustantivas y adjetivas del nivel central y desconcentrado del Ministerio del Deporte de acuerdo con el ámbito de sus*

competencias o disposiciones de la máxima autoridad. Conforme los elementos establecidos en el artículo 9 del presente instrumento, la revisión, aprobación y validación de la información registrada por la organización deportiva. (...);

Que, el artículo 17 del Acuerdo Ministerial Nro. MD-DM-2024-0142 de 16 de diciembre de 2024 y sus reformas establece: “Según la jurisdicción a la que pertenezca la organización deportiva, a través de la herramienta disponible, y de contarse con los respectivos informes debidamente motivados, el/la titular de la Dirección de Planificación e Inversión o el/la titular de la Dirección Zonal correspondiente del Ministerio del Deporte, verificará que los informes citados en los artículos precedentes se encuentren debidamente motivados y suscritos. Hecho esto, se emitirán las correspondientes resoluciones de aprobación a las Planificaciones Operativas Anuales de cada una de las organizaciones deportivas. Dichas resoluciones contendrán, entre otros aspectos, el flujo de transferencias presupuestarias a realizarse.

Las citadas resoluciones deberán ser notificadas a los representantes legales de las organizaciones deportivas, así como a los titulares de las áreas del Ministerio del Deporte intervinientes en el proceso; entre ellas al/la titular de la Dirección Financiera o quien hiciere sus veces en las Unidades Desconcentradas a fin de que se proceda con la transferencia correspondiente, previo la verificación del cumplimiento de los requisitos establecidos para el efecto.

Para las organizaciones deportivas cuya jurisdicción corresponde a las Oficinas Técnicas 2 y 3, las resoluciones serán emitidas por el/la titular de la Dirección de Planificación e Inversión de planta central”.

Que, el artículo 44 del Acuerdo Ministerial Nro. MD-DM-2024-0142 de 16 de diciembre de 2024 y sus reformas manifiesta: “Las organizaciones deportivas reportarán a través de la herramienta correspondiente los remanentes previos a la aprobación de su Planificación Operativa Anual del año en curso. El/la titular de la Dirección de Seguimiento, Planes, Programas y Proyectos; y, los titulares de las Unidades Desconcentradas del Ministerio del Deporte, procederán a revisar, analizar y consolidar la información reportada por las organizaciones deportivas conforme su jurisdicción.

Hecho esto, generarán un reporte consolidado de los remanentes, el cual será remitido al/la titular de la Dirección de Planificación e Inversión o el/la titular de la Dirección Zonal correspondiente, a fin de que proceda a descontar los remanentes de la Planificación Operativa Anual (POA) de las asignaciones presupuestarias establecidas para las respectivas Planificaciones Operativas Anuales del ejercicio fiscal vigente.

El monto reportado por las organizaciones deportivas como remanente no podrá ser corregido por la organización deportiva, ni reembolsado por parte del ente rector del deporte, una vez descontado; por lo que, es de exclusiva responsabilidad de la organización deportiva verificar los montos a ser registrados en la herramienta correspondiente.

Que, con Acuerdo Ministerial Nro. MD-DM-2025-0001-A de 15 de enero de 2025, la Viceministra del Deporte, expide los “Lineamientos para la Programación y Aprobación de la Planificación Operativa Anual 2025 de las Organizaciones Deportivas”.

Que, mediante Acuerdo Nro. MD-DM-2025-0003-A de 17 de enero de 2025 la Viceministra del Deporte, expide “Modelo de Asignación de Recursos para el Financiamiento de la Planificación Operativa Anual de las Organizaciones Deportivas para el Ejercicio Fiscal 2025”.

Que, mediante Memorando Nro. MD-DPI-2025-0293-M de 17 de marzo de 2025, la Dirección de Planificación emite la certificación POA 2025 para la “*Transferencia de recursos a Organizaciones*

Deportivas 2025- LIGAS DEPORTIVAS BARRIALES Y/O PARROQUIALES OFICINA TECNICA 2”.

Que, mediante Memorando Nro. MD-DF-2025-0425-M de 18 de marzo de 2025, la Dirección Financiera emite la certificación presupuestaria para “*Transferencia de recursos a Organizaciones Deportivas 2025-LIGAS DEPORTIVAS BARRIALES Y/O PARROQUIALES OFICINA TECNICA 2” y “5X1000 Transferencia de recursos a Organizaciones Deportivas 2025-LIGAS DEPORTIVAS BARRIALES Y/O PARROQUIALES OFICINA TECNICA 2”.*

Que, la Subsecretaria de Actividad Física, notifica el techo presupuestario a la Liga Deportiva Barrial SHANDIA con fecha 17 de marzo de 2025 mismo que con fecha 27 de marzo de 2025 realiza el registro y carga de la información correspondiente a la Planificación Operativa Anual 2025 en el Aplicativo desarrollado para el efecto.

Que, con memorando Nro. MD-DSPPP-2025-0303-M de 11 de abril de 2025, la Dirección de Seguimiento de Planes, Programas y Proyectos, notifica el reporte de remanentes por concepto de POA corriente de las organizaciones deportivas;

Que, la Liga Deportiva Barrial SHANDIA presentó en el aplicativo la Declaración de toda la infraestructura deportiva a su cargo.

Que, mediante Resolución Nro. MD-DM-2025-0711-R de 21 de abril de 2025, se aprueba la Planificación Operativa Anual 2025.

Que, el Presidente Constitucional de la República del Ecuador con Decreto Ejecutivo Nro. 60 de 24 de julio de 2025, decreta la fusión del Ministerio del Deporte al Ministerio de Educación;

Que, el Presidente Constitucional de la República del Ecuador con Decreto Ejecutivo Nro. 100 de 15 de agosto de 2025, decreta: “*Fusiónese por absorción al Ministerio de Educación, las siguientes instituciones (...c) Ministerio del Deporte (...)*”;

Que, mediante Acuerdo Ministerial Nro. MINEDEC-MINEDEC-2025-00056-A de fecha 21 de octubre de 2025, la Señora Ministra de Educación, Deporte y Cultura determina las facultades, funciones, atribuciones y responsabilidades legalmente establecidas para el/la Ministro/a de Educación, Deporte y Cultura como máxima autoridad institucional en favor de el/la Viceministro/a de Deporte, en aspectos relacionados al deporte, educación física y recreación; y, que establece:

“4. Emitir lineamientos, directrices y disposiciones técnicas y operativas internas para la ejecución de las competencias en el ámbito del deporte, educación física y recreación. (...)

12. Emitir, revisar y actualizar los lineamientos relacionados con la aprobación, modificación, seguimiento, evaluación y liquidación de los recursos transferidos a organizaciones deportivas tanto en gasto corriente como en inversión.”;

Que, mediante Resolución Nro. MINEDEC-VD-2025-0011-R de fecha 06 de noviembre de 2025, se expiden los “*Lineamientos para los procesos de aprobación, ejecución, modificación, incrementos y evaluación de los recursos transferidos de gasto corriente a las organizaciones deportivas*”;

Que, mediante Circular Nro. MINEDEC-VD-2025-0001-C de fecha 07 de noviembre de 2025, se socializan las “*DIRECTRICES PARA LA PRESENTACIÓN DE MODIFICACIONES Y/O INCREMENTOS A LAS PLANIFICACIONES OPERATIVAS ANUALES (POA) 2025 DE LAS ORGANIZACIONES DEPORTIVAS.*

Que, con fecha 17 de noviembre de 2025, la Liga Deportiva Barrial Shandia presenta la modificación del POA 2025;

Que, mediante Decreto Ejecutivo Nro. 224 de fecha 18 de noviembre de 2025, el señor Presidente Constitucional de la República del Ecuador, designa a la señora Gilda Natalia Alcívar García como Ministra de Educación, Deporte y Cultura;

Que, mediante Acción de Personal Nro. 2376 de fecha 15 de septiembre de 2025, se nombra a al señor José David Jiménez Vásquez como Viceministro del Deporte;

Que, con Acción de Personal Nro. 2380 de fecha 15 de septiembre de 2025, se nombra a la Econ. Karina Paola Landines Vera como Directora de Regulación y Promoción de Recursos Complementarios para el Deporte y Actividad Física.

RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar la modificación de la Planificación Operativa Anual del Gasto Corriente correspondiente al ejercicio fiscal 2025 de Liga Deportiva Barrial Shandia; toda vez que, la Dirección de Regulación y Promoción de Recursos Complementarios para el Deporte y Actividad Física ha validado la información presentada por la organización deportiva, éste cumple con las Directrices para la Presentación de Modificaciones y/o Incrementos a las Planificaciones Operativas Anuales (Poa) 2025 de las Organizaciones Deportivas del gasto corriente.

Artículo 2.- Ratificar el contenido de la Resolución Nro. MD-DM-2025-0711-R de 21 de abril de 2025, en todas las partes que no hayan sido modificadas en la presente Resolución.

DISPOSICIONES GENERALES

PRIMERA. - El manejo de los recursos públicos transferidos a la Organización Deportiva señalada en la presente resolución, estará sujeta a lo dispuesto en la normativa vigente que regula el manejo, uso y control de los recursos públicos.

La correcta ejecución de los recursos públicos financiados por parte del Ministerio de Educación, Deporte y Cultura, para la adquisición de bienes, contratación de servicios, consultoría y obra; es de estricta responsabilidad de la organización deportiva, conforme lo establecido en el artículo 1, numeral 2, literal b) de la Ley Orgánica Reformativa a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública.

Corresponderá a las unidades respectivas realizar el monitoreo, seguimiento y evaluación de la ejecución de los recursos económicos conforme a las actividades aprobadas por esta Cartera de Estado. Así mismo, de conformidad al artículo 138 de la Ley del Deporte, Educación Física y Recreación, la organización deportiva remitirá la evaluación semestral del POA en los plazos establecidos.

DISPOSICIONES FINALES

PRIMERA. - Encárguese a Dirección de Regulación y Promoción de Recursos Complementarios para el Deporte y Actividad Física la notificación de la presente resolución a la organización deportiva

respectiva, a la Subsecretaría de Actividad Física, Dirección de Recreación; y, a la Coordinación General de Secretaría y Atención al Ciudadano, para los registros institucionales de archivo y remitir al Registro Oficial para su publicación.

SEGUNDA. - Encárguese a el/la titular de la Dirección de Comunicación Social, la publicación del presente Acuerdo en la página web de esta Cartera de Estado.

TERCERA. - La presente normativa entrará en vigor a partir de su expedición, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial.

Comuníquese y publíquese.-

Por delegación de la máxima autoridad.

Documento firmado electrónicamente

Econ. Karina Paola Landines Vera
**DIRECTORA DE REGULACIÓN Y PROMOCIÓN DE RECURSOS COMPLEMENTARIOS
PARA EL DEPORTE Y ACTIVIDAD FÍSICA**

Anexos:

- poa_2025_lb_shandia_21-11-2025.rar
- formato_informe_modificación_poa_-_dirección_de_regulación-signed-signed.pdf
- administrativa_comisiones_bancarias_2025_shandia.rar
- auxiliar_uniformes_e_afiliaciones_e_inscripciones_2025_shandia.rar
- honorario_2025_liga_shandia.rar

Copia:

Kevin Luis Gómez Hernández
Subsecretario de Actividad Física

Señora Magíster
María Concepción Ribadeneira Cantos
Directora de Recreación

Señor Abogado
Rodrigo Fernando Salas Ponce
Coordinador General de Secretaría y Atención al Ciudadano

Valeria Sofía González Arcos
Directora de Comunicación Social

Berenice del Carmen Carrera Vasco
Analista de Contabilidad.

ga



Resolución Nro. ACCESS-ACCESS-2025-0048-R**Quito, D.M., 29 de diciembre de 2025****AGENCIA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y
MEDICINA PREPAGADA****Mgs. Paola Andrea Aguirre Otero
DIRECTORA EJECUTIVA****CONSIDERANDO:**

Que, la Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 32, dispone que la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y, el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud;

Que, la Constitución Ibídem en el numeral 19 del artículo 66, establece: *“El derecho a la protección de datos de carácter personal que incluye el acceso y la decisión sobre información y datos de este carácter, así como su correspondiente protección. La recolección, archivo, procesamiento, distribución o difusión de estos datos personales requerirán de la autorización del titular o el mandato de ley”*;

Que, el primer inciso del artículo 52 de la Carta Magna, establece: *“Las personas tienen derecho a disponer de bienes y servicios de óptima calidad y a elegirlos con libertad, así como a una información precisa y no engañosa sobre su contenido y características.”*;

Que, la citada Constitución de la República en el artículo 226, establece lo siguiente: *“Las instituciones del Estado, sus organismos, dependencias, las servidoras o servidores públicos y las personas que actúen en virtud de una potestad estatal ejercerán solamente las competencias y facultades que les sean atribuidas en la Constitución y la ley. Tendrán el deber de coordinar acciones para el cumplimiento de sus fines y hacer efectivo el goce y ejercicio de los derechos reconocidos en la Constitución”*;

Que, la Constitución ibídem el Art. 359: *“El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.”*.

Que, la Constitución de la República del Ecuador en su artículo 360, instituye: *“El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.*

La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad”;

Que, la mencionada Constitución en su artículo 362, menciona: *"La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes (...)"*;

Que, la Ley de Derechos y Amparo al Paciente, en el Capítulo II, Derechos del Paciente establece:

"Art. 2.- DERECHO A UNA ATENCION DIGNA. - Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.

Art. 3.- DERECHO A NO SER DISCRIMINADO. - Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica.

Art. 4.- DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD. - Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial.

Art. 5.- DERECHO A LA INFORMACION.- Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse. Exceptúense las situaciones de emergencia.

El paciente tiene derecho a que el centro de salud le informe quien es el médico responsable de su tratamiento.

Art. 6.- DERECHO A DECIDIR. - Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión."

Que, en el Capítulo III de esta misma Ley establece sobre las Situaciones de Emergencia:

"Art. 7.- SITUACION DE EMERGENCIA.- Es toda contingencia de gravedad que afecte a la salud del ser humano con inminente peligro para la conservación de la vida o de la integridad física de la persona, como consecuencia de circunstancias imprevistas e inevitables, tales como: choque o colisión, volcamiento u otra forma de accidente de tránsito terrestre, aéreo o acuático, accidentes o infortunios en general, como los ocurridos en el medio de trabajo, centros educativos, casa, habitación, escenarios deportivos, o que sean el efecto de delitos contra las personas como los que producen heridas causadas con armas cortopunzantes, de fuego, contundentes, o cualquiera otra forma de agresión material.

Art. 8.- Todo paciente en estado de emergencia debe ser recibido inmediatamente en cualquier centro de salud, público o privado, sin necesidad de pago previo.

Art. 9.- Se prohíbe a los servicios de salud públicos y privados exigir al paciente en estado de emergencia y a las personas relacionadas con él, que presenten cheques, tarjetas de crédito, pagarés a la orden, letras de cambio u otro tipo de documento de pago, como condición previa a ser recibido, atendido y estabilizado en su salud.

Tan pronto como el paciente haya superado la emergencia y se encuentre estabilizado en sus condiciones físicas, el centro de salud tendrá derecho para exigir al paciente o a terceras personas relacionadas con el pago de los servicios de salud que recibió."

Que, en el Capítulo IV, de la Ley ibídem, sobre las Sanciones por Falta de Atención en Situaciones de Emergencia, determina:

“Art. 12.- Bajo ningún motivo un centro de salud podrá negar la atención de un paciente en estado de emergencia.

El centro de salud que se negare a atender a un paciente en estado de emergencia será responsable por la salud de dicho paciente y asumirá solidariamente con el profesional o persona remisa en el cumplimiento de su deber, la obligación jurídica de indemnizarle los daños y perjuicios que su negativa le cause.”

El Art. 14 determina, *“La presente Ley obliga a todos los servicios de salud del país, sean éstos públicos, privados o a cargo de instituciones militares, policiales, religiosas o de beneficencia”*.

Que, el artículo 4 de la Ley Orgánica de Salud determina que, *“La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.”*;

Que, el artículo 6 de la Ley Ibídem, en el numeral 24 menciona como responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: *“(…) Regular, vigilar, controlar y autorizar el funcionamiento de los establecimientos y servicios de salud, públicos y privados, con y sin fines de lucro, y de los demás sujetos a control sanitario (…)”*

Que, el artículo 7 de la Ley Orgánica de Salud establece: *“Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:*

“a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud;

(…) e) Ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos. Los integrantes de los pueblos indígenas, de ser el caso, serán informados en su lengua materna;

f) Tener una historia clínica única redactada en términos precisos, comprensibles y completos; así como la confidencialidad respecto de la información en ella contenida y a que se le entregue su epicrisis;

g) Recibir, por parte del profesional de la salud responsable de su atención y facultado para prescribir, una receta que contenga obligatoriamente, en primer lugar, el nombre genérico del medicamento prescrito;

h) Ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, salvo en los casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida de las personas y para la salud pública;

i) Utilizar con oportunidad y eficacia, en las instancias competentes, las acciones para tramitar quejas y reclamos administrativos o judiciales que garanticen el cumplimiento de sus derechos; así como la reparación e indemnización oportuna por los daños y perjuicios causados, en aquellos casos que lo ameriten;

j) Ser atendida inmediatamente con servicios profesionales de emergencia, suministro de medicamentos e insumos necesarios en los casos de riesgo inminente para la vida, en cualquier establecimiento de salud público o privado, sin requerir compromiso económico ni trámite administrativo previos (…)”;

Que, el artículo 8 de la Ley Ibídem establece los deberes individuales y colectivos en relación con la salud:

*“a) Cumplir con las medidas de prevención y control establecidas por las autoridades de salud;
b) Proporcionar información oportuna y veraz a las autoridades de salud, cuando se trate de enfermedades declaradas por la autoridad sanitaria nacional como de notificación obligatoria y responsabilizarse por acciones u omisiones que pongan en riesgo la salud individual y colectiva;
c) Cumplir con el tratamiento y recomendaciones realizadas por el personal de salud para su recuperación o para evitar riesgos a su entorno familiar o comunitario;
d) Participar de manera individual y colectiva en todas las actividades de salud y vigilar la calidad de los servicios mediante la conformación de veedurías ciudadanas y contribuir al desarrollo de entornos saludables a nivel laboral, familiar y comunitario;(...)”.*

Que, el artículo 130 de la ley, señala que “los establecimientos o servicios de salud sujetos a control sanitario para su funcionamiento deberán contar con el permiso otorgado por la autoridad sanitaria nacional. El permiso de funcionamiento tendrá vigencia de un año calendario.”;

Que, el artículo 167, determina, *“La receta emitida por los profesionales de la salud facultados por ley para hacerlo, debe contener obligatoriamente y en primer lugar el nombre genérico del medicamento prescrito (...)*

No se aceptarán recetas ilegibles, alteradas o en clave”;

Que, el artículo 168 del mismo cuerpo jurídico determina: *“Son profesionales de la salud humana facultados para prescribir medicamentos, los médicos, odontólogos y obstetrices.”.*

Que, el artículo 180 establece que: *“La autoridad sanitaria nacional regulará, licenciará y controlará el funcionamiento de los servicios de salud públicos y privados, con y sin fines de lucro, autónomos, comunitarios y de las empresas privadas de salud y medicina prepagada y otorgará su permiso de funcionamiento. Regulará los procesos de licenciamiento y acreditación.*

Regulará y controlará el cumplimiento de la normativa para la construcción, ampliación y funcionamiento de estos establecimientos o servicios de salud de acuerdo a la tipología, basada en la capacidad resolutive, niveles de atención y complejidad.”;

Que, el artículo 181 de la Ley Orgánica de Salud, establece a: *“La Autoridad Sanitaria Nacional regulará y vigilará que los servicios de salud públicos y privados, con y sin fines de lucro, autónomos y las empresas privadas de salud y medicina prepagada, garanticen atención oportuna, eficiente y de calidad según los enfoques y principios definidos en esta Ley.”;*

Que, el artículo 186 de la Ley Ibídem, indica: *“Es obligación de todos los servicios de salud que tengan salas de emergencia, recibir y atender a los pacientes en estado de emergencia. Se prohíbe exigir al paciente o a las personas relacionadas un pago, compromiso económico o trámite administrativo, como condición previa a que la persona sea recibida, atendida y estabilizada en su salud.*

Una vez que el paciente haya superado la emergencia, el establecimiento de salud privado podrá exigir el pago de los servicios que recibió.”.

Que, el artículo 188 de la misma norma menciona: *“La autoridad sanitaria nacional, regulará y vigilará que los servicios de salud públicos y privados apliquen las normas de prevención y control de infecciones nosocomiales”.*

Que, el artículo 194 de la misma norma establece: *“Para ejercer como profesional de salud, se requiere haber obtenido título universitario de tercer nivel, conferido por una de las universidades establecidas y reconocidas legalmente en el país, o por una del exterior, revalidado y refrendado. En uno y otro caso debe estar registrado ante el CONESUP y por la autoridad sanitaria nacional”*

Que, el artículo 197, establece que *“Para la habilitación del ejercicio profesional y el registro correspondiente, los profesionales de salud deben realizar un año de práctica en las parroquias rurales o urbano marginales, con remuneración, en concordancia con el modelo de atención y de conformidad con el reglamento correspondiente en los lugares destinados por la autoridad sanitaria nacional, al término del cual se le concederá la certificación que acredite el cumplimiento de la obligación que este artículo establece.(...)”;*

Que, el artículo 198 de la Ley Ibídem establece que *“Los profesionales y técnicos de nivel superior que ejerzan actividades relacionadas con la salud, están obligados a limitar sus acciones al área que el título les asigne.”;*

Que, el artículo 201 del mismo cuerpo jurídico, menciona: *“Es responsabilidad de los profesionales de salud, brindar atención de calidad, con calidez y eficacia, en el ámbito de sus competencias, buscando el mayor beneficio para la salud de sus pacientes y de la población, respetando los derechos humanos y los principios bioéticos”.*

Es su deber exigir condiciones básicas para el cumplimiento de lo señalado en el inciso precedente.”.

Que, el artículo 202 de la misma norma, menciona: *“Constituye infracción en el ejercicio de las profesiones de salud, todo acto individual e intransferible, no justificado, que genere daño en el paciente y sea resultado de:*

- a) Inobservancia, en el cumplimiento de las normas;*
- b) Impericia, en la actuación del profesional de la salud con falta total o parcial de conocimientos técnicos o experiencia;*
- c) Imprudencia, en la actuación del profesional de la salud con omisión del cuidado o diligencia exigible; y,*
- d) Negligencia, en la actuación del profesional de la salud con omisión o demora injustificada en su obligación profesional”;*

Que, la Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública, en su artículo 5, se indica el concepto de información confidencial: *“(...) 5. Información Confidencial: Información o documentación, en cualquier formato, final o preparatoria, haya sido o no generada por el sujeto obligado, derivada de los derechos personalísimos y fundamentales, y requiere expresa autorización de su titular para su divulgación, que contiene datos que al revelarse, pudiesen dañar los siguientes intereses privados:*

- a) El derecho a la privacidad, incluyendo privacidad relacionada a la vida, la salud o la seguridad, así como el derecho al honor y la propia imagen;*
- b) Los datos personales cuya difusión requiera el consentimiento de sus titulares y deberán ser tratados según lo dispuesto en la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales;*
- c) Los intereses comerciales y económicos legítimos; y,*
- d) Las patentes, derechos de autor y secretos comerciales”;*

Que, la definición de Datos relativos a la salud descrito en la Ley Orgánica de Protección de Datos, indica: *“datos personales relativos a la salud física o mental de una persona, incluida la prestación de servicios de atención sanitaria, que revelen información sobre su estado de salud”*.

Que, la definición de Datos relativos a la salud descrito en la ley ibídem, menciona: *“Datos relativos a: etnia, identidad de género, identidad cultural, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición migratoria, orientación sexual, salud, datos biométricos, datos genéticos y aquellos cuyo tratamiento indebido pueda dar origen a discriminación, atenten o puedan atentar contra los derechos y libertades fundamentales”*.

Que, el artículo 7 de la misma norma, establece: *“Tratamiento legítimo de datos personas. - El tratamiento será legítimo y lícito si se cumple con alguna de las siguientes condiciones:*

- 1) Por consentimiento del titular para el tratamiento de sus datos personales, para una o varias finalidades específicas;*
- 2) Que sea realizado por el responsable del tratamiento en cumplimiento de una obligación legal;*
- 3) Que sea realizado por el responsable del tratamiento, por orden judicial, debiendo observarse los principios de la presente ley;*
- 4) Que el tratamiento de datos personales se sustente en el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable, derivados de una competencia atribuida por una norma con rango de ley, sujeto al cumplimiento de los estándares internacionales de derechos humanos aplicables a la materia, al cumplimiento de los principios de esta ley y a los criterios de legalidad, proporcionalidad y necesidad;*
- 5) Para la ejecución de medidas precontractuales a petición del titular o para el cumplimiento de obligaciones contractuales perseguidas por el responsable del tratamiento de datos personales, encargado del tratamiento de datos personales o por un tercero legalmente habilitado;*
- 6) Para proteger intereses vitales del interesado o de otra persona natural, como su vida, salud o integridad;*
- 7) Para tratamiento de datos personales que consten en bases de datos de acceso público; u,*
- 8) Para satisfacer un interés legítimo del responsable de tratamiento o de tercero, siempre que no prevalezca el interés o derechos fundamentales de los titulares al amparo de lo dispuesto en esta norma”*.

Que, el artículo 29, indica: *“Tratamiento de datos sensibles. - Queda prohibido el tratamiento de datos personales sensibles salvo que concurra alguna de las siguientes circunstancias:*

- a) El titular haya dado su consentimiento explícito para el tratamiento de sus datos personales, especificándose claramente sus fines.*
- b) El tratamiento es necesario para el cumplimiento de obligaciones y el ejercicio de derechos específicos del responsable del tratamiento o del titular en el ámbito del Derecho laboral y de la seguridad y protección social.*
- c) El tratamiento es necesario para proteger intereses vitales del titular o de otra persona natural, en el supuesto de que el titular no esté capacitado, física o jurídicamente, para dar su consentimiento.*
- d) El tratamiento se refiere a datos personales que el titular ha hecho manifiestamente públicos.*
- e) El tratamiento se lo realiza por orden de autoridad judicial.*
- f) El tratamiento es necesario con fines de archivo en interés público, fines de investigación científica o histórica o fines estadísticos, que debe ser proporcional al objetivo perseguido, respetar en lo esencial el derecho a la protección de datos y establecer medidas adecuadas y específicas para proteger los intereses y derechos fundamentales del titular.*

g) Cuando el tratamiento de los datos de salud se sujete a las disposiciones contenidas en la presente ley”.

Que, el Código Orgánico Administrativo, en su artículo 130, determina: *“Competencia normativa de carácter administrativo. Las máximas autoridades administrativas tienen competencia normativa de carácter administrativo únicamente para regular los asuntos internos del órgano a su cargo, salvo los casos en los que la ley prevea esta competencia para la máxima autoridad legislativa de una administración pública. La competencia regulatoria de las actuaciones de las personas debe estar expresamente atribuida en la ley.”*

Que, mediante Decreto Ejecutivo Nro. 703, publicado en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 534 de 1 de julio de 2015, se crea la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada-ACESS, como un organismo técnico administrativo, adscrito al Ministerio de Salud Pública, con personalidad jurídica de derecho público, autonomía administrativa, técnica, económica, financiera y patrimonio propio, encargada de ejercer la regulación técnica, control técnico y la vigilancia sanitaria de la calidad de los servicios de salud públicos, privados y comunitarios, con o sin fines de lucro, de las empresas de salud y medicina prepagada, y del personal de salud.;

Que, los numerales 1,2,3,5,9 y 12 del artículo 3, del mencionado Decreto Ejecutivo, señalan entre la atribuciones y responsabilidades de la ACESS, las siguientes: *“1. Controlar la aplicación y observancia de las políticas del Sistema Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, que expida el Ministerio de Salud Pública; 2. Expedir la normativa técnica, estándares y protocolos, orientados a asegurar la calidad de la atención, la seguridad del paciente y la mejora continua de la prestación de los servicios de salud, en el ámbito de su competencia; 3. Controlar que los servicios de salud públicos, privados y comunitarios, con o sin fines de lucro, las empresas de salud y medicina prepagada y el personal de salud, cumplan con la normativa técnica correspondiente; “5. Procesar las consultas, denuncias, quejas, reclamos o sugerencias de mejora en la calidad de la atención de salud y seguridad del paciente, por parte de los usuarios de los servicios de salud públicos, privados y comunitarios, con o sin fines de lucro, de las empresas de salud y medicina prepagada y respecto del personal de salud, remitirlas a las instancias competentes y facilitar el consenso y acuerdo entre los usuarios y los prestadores de servicios, en el ámbito de su competencia; 9. Promover e incentivar la mejora continua de la calidad de atención y la seguridad del paciente en los servicios de salud públicos, privados y comunitarios, con o sin fines de lucro, en las empresas de salud y medicina prepagada que conforman el Sistema Nacional de Salud y de aquella provista por el personal de salud; 12.- Aplicar las medidas y sanciones que correspondan en los casos de incumplimiento de la normativa de control y vigilancia sanitaria, con relación a la calidad de los servicios de salud y de acuerdo con la Ley Orgánica de Salud. (...);”*

Que, el Acuerdo Ministerial 00005216-2014: Registro Oficial 427, publicado el 29 de enero del 2015, que expide el *“Reglamento de Información Confidencial en el Sistema Nacional de Salud”* tiene por objeto establecer las condiciones operativas de la aplicación de los principios de manejo y gestión de la información confidencial de los pacientes y sus disposiciones serán de cumplimiento obligatorio dentro del Sistema Nacional de Salud.

Que, el artículo 16 del Reglamento ibídem, establece: *“La custodia física de la historia clínica es responsabilidad de la institución en la que repose. El personal de la cadena sanitaria, mientras se*

brinda la prestación, es responsable de la custodia y del buen uso que se dé a la misma, generando las condiciones adecuadas para el efecto”.

Que, el artículo 28 de dicho reglamento indica: *“Pueden solicitar copia certificada de las historias clínicas los/las usuarios/as, su representante legal, apoderado/a, o persona autorizada. Para ello será necesario presentar una solicitud debidamente firmada por el/la usuario/a o su representante legal acompañada con una copia de su cédula de identidad, especialmente en caso de tratarse de un menor de edad.*

También pueden solicitarla los profesionales de la salud inmersos en la atención del paciente o en legítimos procesos derivados de ella y las instituciones que representan las autoridades judiciales y de salud en los casos previstos en la Ley.

En caso de fallecimiento, la copia de la historia clínica podrá ser solicitada por el cónyuge superviviente o por un familiar hasta el segundo grado de consanguinidad o primero de afinidad.”

Que, el artículo 29 del mismo cuerpo normativo, determina: *“Cada establecimiento de salud debe informar al/la usuario/a sobre el procedimiento de solicitud de la información de su historia clínica y los medios a través de los cuales se le comunicará la respuesta.”.*

Que, el artículo 30 de la misma norma indica: *“Una vez entregada la solicitud con los datos requeridos, la copia certificada de la historia clínica deberá entregarse en un plazo máximo de cuarenta y ocho (48) horas, excepto en los casos de emergencias médicas, en los que la condición especial requiera un procedimiento inmediato en la entrega de información”.*

Que, el artículo 32 de la norma ibídem establece: *“El peticionario o persona que recibe la copia de la historia clínica deberá estar informado de la responsabilidad del cuidado y manejo de la información que recibe.”.*

Que, el Acuerdo Ministerial 00005316: Registro Oficial Edición Especial 510, publicado el 22 de febrero del 2016, que expide el *“Modelo Aplicación del Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial”*, que tiene por objeto establecer lineamientos que garanticen el derecho de los pacientes a ser informados sobre los riesgos, beneficios y alternativas de un procedimiento médico diagnóstico o terapéutico, previo a la toma de decisiones respecto a su salud;

Que, el artículo 2 de la misma norma indica: *“Disponer que el “Modelo de Gestión de Aplicación del Consentimiento Informado en Práctica Asistencial” sea de obligatoria observancia a nivel nacional para todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud.”;*

Que, el Acuerdo Ministerial 00000115-2016: Registro Oficial Edición Especial 760, publicado el 14 de noviembre del 2016, que expide el *“Manual de Seguridad del Paciente-Usuario”*, en la Disposición Transitoria Tercera establece: *“De la ejecución y difusión de este Acuerdo Ministerial encárguese a la Subsecretaría Nacional de la Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud, a través de la Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud y las Coordinaciones Zonales de Salud, hasta cuando la Agencia Nacional de Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACESS) cuente con el personal necesario para el efecto.”*

Que, el alcance del Manual de Seguridad del Paciente – Usuario: *“es de cumplimiento obligatorio en todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud del Ecuador, de acuerdo a su tipología, nivel de atención, complejidad y cartera de servicios”;*

Que, el Acuerdo Ministerial 00115-2021: Registro Oficial Edición Especial 378, publicado el 26 de enero del 2021, que expide el “*Reglamento de Manejo de la Historia Clínica Única*”, con el objeto de regular el contenido de la historia clínica única (HCU) y los requisitos para su aplicación por parte de los profesionales de la salud, en los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud;

Que, el artículo 2 del mismo reglamento determina: “*Las disposiciones del presente Reglamento son de cumplimiento obligatorio por todos los profesionales de la salud que brindan atención de salud en los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud*”;

Que, el Acuerdo Ministerial 00031, Registro Oficial Edición Especial 619, publicado el 17 de enero del 2022, que expide el “*Manual de Gestión de la Calidad de la Atención en los Establecimientos de Salud*”, permite establecer los lineamientos técnicos y metodológicos para la implementación de la gestión de la calidad de la atención en establecimientos de salud y niveles territoriales desconcentrados, zonales, distritales y oficinas técnicas;

Que, el alcance de la misma norma menciona: “*El presente Manual es de aplicación obligatoria en todos los establecimientos del Ministerio de Salud Pública y podrá ser utilizado por los demás establecimientos del Sistema Nacional de Salud.*”

Que, el Acuerdo Ministerial 00060-2024, Registro Oficial Suplemento 546, publicado el 26 de abril del 2024, “*Reglamento para la emisión del permiso de funcionamiento de los establecimientos y servicios de salud del Sistema Nacional de Salud*”, establece el artículo 5 del Reglamento para la Emisión del Permiso de Funcionamiento de los Establecimientos y Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud establece las obligaciones del responsable técnico, las siguientes:

“a) Responder ante la Autoridad Sanitaria Nacional y la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada - ACESS o quien ejerza sus competencias, por el cumplimiento de la normativa sanitaria vigente para el funcionamiento del establecimiento o servicio de salud a su cargo.

b) Garantizar que en el establecimiento o servicio de salud se realicen únicamente las prestaciones y/o subprestaciones para la/as que se le otorgó el permiso de funcionamiento.

c) Verificar que los profesionales de la salud que prestan sus servicios en el establecimiento o servicio de salud cuenten con el título de tercer o cuarto nivel debidamente registrado en la Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación - SENESCYT o quien haga sus veces y ante la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada - ACESS o quien ejerza sus competencias”.

Que, la misión de la Gestión Técnica de Vigilancia y Control, según el Estatuto de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada ACESS, es: “*Planificar, controlar y gestionar los procesos de vigilancia y control de prestadores de servicios de salud, la prescripción y dispensación de medicamentos que contengan sustancias catalogadas sujetas a fiscalización; así como también, del análisis técnico, mediación, resolución y derivación de casos relacionados con inconformidades, sobre la calidad del servicio de salud y seguridad del paciente, en los prestadores de servicios de salud y compañías de medicina prepagada y seguros de asistencia médica*”;

Que, según el Estatuto de ACESS, un producto entregable de la Gestión interna de Análisis de

Casos de la Dirección Técnica de Vigilancia y Control, es: *“2. Informe de auditoría de casos seleccionados y/o priorizados de inconformidades relacionadas con la calidad del servicio de salud y seguridad del paciente”*

Que, la Dirección Técnica de Vigilancia y Control, mediante Informe Técnico Nro. DTVC-GAC-2025-008, de fecha 11 de marzo de 2025, menciona que: *“Se recomienda elaborar el “Manual para la Elaboración de Informes de Auditoría de Casos Seleccionados y/o Priorizados de Inconformidades Relacionadas con la Calidad del Servicio de Salud y Seguridad del Paciente”, para disponer de una herramienta técnica oficializada que permita a los técnicos de la Gestión de Análisis de Casos atender de manera eficiente las inconformidades presentadas por el paciente/usuario.”*;

Que, mediante Acta de Sesión Extraordinaria Nro. 001-2023, de fecha 28 de diciembre 2024, el Directorio de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada – ACESS, resuelve nombrar como Directora Ejecutiva de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada –ACESS, a la Mgs. Paola Andrea Aguirre Otero;

Que, mediante acción de personal Nro. ACESS-TH-2023-0546, de fecha 29 de diciembre de 2023, se nombró a la Mgs. Paola Andrea Aguirre Otero, como Directora Ejecutiva de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada –ACESS;

Que, mediante memorando Nro. ACESS-DTVC-2024-01611-M de 12 de noviembre de 2024, la Med. Ines Yomaira Murillo Cruz, Directora Técnica de Vigilancia y Control, remite el Informe Técnico de Necesidad para el *“Manual para la Elaboración de Informes de Auditoría de Casos Seleccionados y/o Priorizados de Inconformidades Relacionadas con la Calidad del Servicio de Salud y Seguridad del Paciente”*, a la Mgs. Elena Gabriela Benalcazar Benalcazar, Directora Técnica de Regulación Para el Aseguramiento de la Calidad;

Que, mediante Informe Técnico de Necesidad Nro. DTVC-GAC-IN-2025-008 de 11 de marzo de 2025, para el *“Manual para la Elaboración de Informes de Auditoría de Casos Seleccionados y/o Priorizados de Inconformidades Relacionadas con la Calidad del Servicio de Salud y Seguridad del Paciente”*, elaborado por la Mgs. Katty Elizabeth Huanca Jumbo, Med. Diana Carolina Chávez Llumiquinga, Analistas de Vigilancia y Control y el Mgs. Esteban Andrade Sandoval, Analista de Regulación y Aseguramiento de la Calidad, revisado por la Med. Inés Yomaira Murillo Cruz, Directora de la Dirección Técnica de Vigilancia y Control; aprobado por la Mgs. Maritza Báez, Coordinadora General Técnica, en el cual se concluye lo siguiente:

“La implementación del Manual para la elaboración de informes de auditoría de casos seleccionados y/o priorizados de inconformidades relacionadas con la calidad del servicio de salud y seguridad del paciente, por parte de la Dirección Técnica de Vigilancia y Control representa un avance significativo hacia la estandarización de la metodología de trabajo de la Gestión de Análisis de Casos.

Al establecer un proceso claro y comprensible para la auditoría de inconformidades en la calidad del servicio de salud y la seguridad del paciente, se garantiza la trazabilidad y consistencia de los informes. Esto, a su vez, facilita la toma de decisiones informadas a los prestadores de salud involucrados en el proceso de atención, permitiendo la implementación eficiente y efectiva de acciones correctivas a través del seguimiento de planes de acción, contribuyendo a la mejora

continúa de los procesos de los establecimientos de salud con beneficio directo para el paciente/usuario.”;

Que, mediante acta de reunión Nro. DTRAC 002 de 10 de febrero de 2025, se define a Katty Huanca y Carolina Chávez, como redactoras del “Manual para la Elaboración de Informes de Auditoría de Casos Seleccionados y/o Priorizados de Inconformidades Relacionadas con la Calidad del Servicio de Salud y Seguridad del Paciente”, así mismo suscriben la Declaración de Pontenciales Conflictos de Interés y el acta de Compromisos de Participación y Confidencialidad;

Que, mediante matriz de calificación para la definición de la necesidad de elaboración o no, del análisis de impacto regulatorio – AIR, se concluye que lo siguiente:

“No se requiere un análisis de impacto regulatorio previo a la emisión del manual descrito, por lo que la DTVC conforme con lo establecido en la normativa vigente procede con la elaboración del manual mencionado, el cual permitirá establecer lineamientos claros y metodológicamente sólidos que reduzcan el nivel de subjetividad de estos informes.”;

Que, mediante correo electrónico de 18 de diciembre de 2025, la Mgs. Maritza Báez, Coordinadora General Técnica, valida y autoriza lo siguiente: *“Buenas tardes, por medio de la presente esta Coordinación General Técnica valida y aprueba el documento MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE INFORMES DE AUDITORÍA DE CASOS SELECCIONADOS Y/O PRIORIZADOS DE INCONFORMIDADES RELACIONADAS CON LA CALIDAD DEL SERVICIO DE SALUD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE, favor continuar con el proceso de acuerdo a la normativa vigente, gracias.”;*

Que, mediante memorando Nro. ACESS-DTRAC-2025-0069-M de 18 de diciembre de 2025, la Mgs. Veronica Alexandra Ushiña Peralta, Directora Técnica de Regulación para el Aseguramiento de la Calidad, solicito al Mgs. Santiago Miguel Sarango Ríos, Director de Asesoría Jurídica, la validación de “Manual para la Elaboración de Informes de Auditoría de Casos Seleccionados y/o Priorizados de Inconformidades Relacionadas con la Calidad del Servicio de Salud y Seguridad del Paciente”, en su parte pertinente menciona:

“En este sentido, una vez aprobado el documento normativo por la Coordinación General Técnica, esta Dirección remite toda la documentación relacionada con el documento normativo “MANUAL PARA LA SUSTANCIACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS SANCIONATORIOS DE COMPETENCIA DE LA AGENCIA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y MEDICINA PREPAGADA – ACESS” para su revisión y respectiva validación por parte de su dirección.”

Que, mediante sumilla inserta en el memorando Nro. ACESS-CGT-2025-0098-M de 21 de diciembre de 2025, la Mgs. Paola Andrea Aguirre Otero, Directora Ejecutiva, dispone al Mgs. Santiago Miguel Sarango Ríos, Director de Asesoría Jurídica, lo siguiente: *“Se aprueba estimado director favor continuar con la elaboración de la resolución conforme la normativa legal vigente”,* por lo que:

De conformidad a las atribuciones contempladas en el artículo 2 del Decreto Ejecutivo 703, publicado en Registro Oficial Suplemento Nro. 534, de 1 de julio de 2015 y su reforma mediante Decreto Ejecutivo 807 publicado en el Registro Oficial 637 de 27 de noviembre de 2015, en calidad

de máxima autoridad de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada – ACESS;

RESUELVE:

Art. 1.- Aprobar y Expedir el *"Manual para la Elaboración de Informes de Auditoría de Casos Seleccionados y/o Priorizados de Inconformidades Relacionadas con la Calidad del Servicio de Salud y Seguridad del Paciente"*.

DISPOSICIONES FINALES

PRIMERA. – Encárguese de la ejecución de la presente resolución a la Coordinación General Técnica, la Dirección Técnica de Vigilancia y Control.

SEGUNDA. – Encárguese a la Dirección de Asesoría Jurídica, la publicación de la presente resolución en el Registro Oficial.

TERCERA. – Encárguese a la Unidad de Comunicación Social, la publicación y difusión de la presente resolución en la página web institucional y demás canales institucionales de comunicación.

CUARTA. – La presente resolución entrará en vigencia a partir de la suscripción de esta, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial.

Dado en el Distrito Metropolitano de Quito. D.M.Q., a los 29 días del mes de diciembre de 2025.

Documento firmado electrónicamente

Mgs. Paola Andrea Aguirre Otero
DIRECTORA EJECUTIVA

Referencias:

- ACESS-CGT-2025-0098-M

Anexos:

- manual_para_elaboracion_de_auditoria-signed.pdf

me/VU/ss/ds



Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los
Servicios de Salud y Medicina Prepagada - ACCESS

MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE INFORMES DE AUDITORÍA DE CASOS SELECCIONADOS Y/O PRIORIZADOS DE INCONFORMIDADES RELACIONADAS CON LA CALIDAD DEL SERVICIO DE SALUD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Dirección Técnica de Vigilancia y Control

Diciembre 2025

Autoridades.

Mgs. Paola Aguirre Otero, Directora Ejecutiva

Mgs. Maritza Báez, Coordinadora General Técnica

Autores redactores:

Mgs. Katty Huanca Jumbo, Analista de Vigilancia y Control

Med. Carolina Chávez Llumiquinga, Analista de Vigilancia y Control

Equipo de revisión y validación:

Mgs. Amparo Jiménez, Directora Técnica de Vigilancia y Control Subrogante

Mgs. Verónica Ushiña, Directora Técnica de Regulación para el Aseguramiento de la Calidad.

Asesor/a Metodológico/:

Mgs. María José Espín. Analista de la Dirección Técnica de Regulación para el Aseguramiento de la Calidad.

Acción	Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
Aprobado por:	Esp. Carla Basantes	Coordinadora General Técnica Subrogante	CARLA FERNANDA BASANTES ACURIO Firmado digitalmente por CARLA FERNANDA BASANTES ACURIO Fecha: 2025.12.26 16:36:01 -05'00'
Revisado por:	Mgs. Amparo Jiménez	Directora Técnica de Vigilancia y Control Subrogante	 Firmado electrónicamente por: AMPARO JACQUELINE JIMENEZ ROMERO Validar únicamente con FirmaRC
	Mgs. Verónica Ushiña	Directora Técnica de Regulación para el Aseguramiento de la Calidad	 Firmado electrónicamente por: VERONICA ALEXANDRA USHINA PERALTA Validar únicamente con FirmaRC
Asesor/a Metodológico/a:	Mgs. María José Espín	Analista de la Dirección Técnica de Regulación para el Aseguramiento de la Calidad	MARIA JOSE ESPIN SALAZAR Firmado digitalmente por MARIA JOSE ESPIN SALAZAR
Elaborado por:	Mgs. Katty Huanca Jumbo	Analista de Vigilancia y Control	 Firmado electrónicamente por: KATTY ELIZABETH HUANCA JUMBO Validar únicamente con FirmaRC
	Md. Carolina Chávez Llumiquinga	Analista de Vigilancia y Control	 Firmado electrónicamente por: DIANA CAROLINA CHAVEZ LLUMIQUINGA Validar únicamente con FirmaRC

Tabla de Contenido

1. Presentación	
2. Introducción	
3. Antecedentes	
CAPÍTULO I.....	
OBJETIVOS	
1.1. Objetivo General	
1.2. Objetivos Específicos.....	
1.3. Alcance.....	
CAPÍTULO II	
DEFINICIONES Y ABREVIATURAS.....	
2.1. Definiciones	
2.2. Abreviaturas.....	
CAPÍTULO III	
GENERALIDADES DE LA AUDITORÍA EN SALUD	
3.1. Definición	
3.2. Principios que rigen la Auditoría en Salud	
3.3. Niveles de auditoría en salud.....	
3.4. Tipos de auditoría en salud.....	
3.5. De la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud	
CAPÍTULO IV	
AUDITORÍA DE CASOS SELECCIONADOS Y/O PRIORIZADOS DE INCONFORMIDADES RELACIONADAS CON LA CALIDAD DEL SERVICIO DE SALUD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	
4.1. Ingreso de la inconformidad.....	
4.1.1 Canales de ingreso.	
4.1.2 Requisitos de la inconformidad	
4.1.3 Recepción de la inconformidad desde territorio	
4.2. Registro de la inconformidad	
4.2.1 Registrar en la matriz de seguimiento de la gestión de Análisis de Casos:....	
4.2.2 Aperturar un expediente físico en el que en la portada consten:.....	

4.2.3	Crear una carpeta virtual con nombre del nombre del paciente - usuario en el Sistema de Gestión Documental Quipux, donde se almacenarán todos los documentos pertenecientes a la inconformidad.....
4.2.4	El técnico del caso debe mantener el registro actualizado de las actividades realizadas, las cuales se describirán de la siguiente manera:
4.3.	Inspección a los establecimientos involucrados en la inconformidad.
4.4.	Solicitud de la Información
4.5.	Procedimiento para la elaboración del informe de Auditoría de Caso
4.5.1	Esquema del informe de Auditoría de Caso.....
4.5.2	Revisión de Informe de Auditoría de Caso.....
4.6.	Respuesta de la inconformidad
4.7.	Envío del informe de Auditoría de Caso
CAPÍTULO V	
PLAN DE ACCIÓN DE MEJORA CONTINUA.....	
5.1.	Solicitud del Plan de acción
5.2.	Revisión y aprobación del Plan de Acción.....
5.3.	Seguimiento y control al cumplimiento del Plan de Acción.....
REFERENCIAS	
ANEXOS	
ANEXO 1. ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD	
ANEXO 2. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES	
DIRECCIÓN TÉCNICA DE VIGILANCIA Y CONTROL	
ANEXO 3. FORMATO DE OFICIO PARA SOLICITUD DE HISTORIAS CLÍNICAS Y PRONUNCIAMIENTOS.....	
ANEXO 4. FORMATO DE INFORME DE AUDITORÍA DE CASO.....	
DIRECTRICES PARA ENTREVISTAS	
ANEXO 6. FORMATO DE PLAN DE ACCIÓN.....	

1. Presentación

La Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACESS), como entidad encargada del control y la regulación de los servicios de salud, aborda diversos aspectos vinculados a la prestación de dichos servicios. Uno de estos enfoques se relaciona con la gestión de las inconformidades presentadas por los usuarios y pacientes del Sistema Nacional de Salud, asociadas a la atención recibida. A partir de estas inconformidades se han identificado cuasi eventos, eventos adversos y eventos centinela; estas “quejas” se relacionan principalmente a la falta de comunicación entre los profesionales que brindan el proceso de atención y los pacientes, procesos no sistematizados y el incumplimiento de la normativa vigente.

En este sentido, la ACESS a través de la Dirección Técnica de Vigilancia y Control ha desarrollado el *“Manual para la Elaboración de Informes de Auditoría de Casos Seleccionados y/o Priorizados de Inconformidades Relacionadas con la Calidad del Servicio de Salud y Seguridad del Paciente”*, que responde a la necesidad de estandarizar el proceso de elaboración de los informes de Auditoría de Caso realizado por el personal técnico de la ACESS, esta acción no punitiva va encaminada en pro del mejoramiento de la atención en salud, enmarcada en la seguridad del paciente y con un acceso al derecho a la salud.

2. Introducción

El vertiginoso desarrollo de la ciencia y la tecnología, la globalización de la información, el creciente aumento del interés de la población en los temas médicos, y, la generalización de los conceptos de calidad, particularmente los referentes a los servicios de salud, han propiciado la necesidad de buscar un método que permita una evaluación y análisis crítico del proceso de atención en salud, a fin de establecer un proceso de retroalimentación y mejora continua de los servicios de salud a través de la aplicación de guías, protocolos, *lex artis medicae* y normativa sanitaria vigente.

Así, la Auditoría de Caso es el método que permite el análisis integral de las inconformidades y el seguimiento a los resultados de las acciones de mejora implementadas por los prestadores de servicios de salud. Su propósito es garantizar que los procesos de atención en salud se desarrollen conforme a protocolos, guías de práctica clínica y normativa vigente, considerando tanto el ámbito administrativo como el asistencial, en un marco de responsabilidad técnica y cumplimiento regulatorio.

Con ese fin, resulta imprescindible disponer con un *“Manual para la Elaboración de Informes de Auditoría de Casos Seleccionados y/o Priorizados de Inconformidades relacionadas con la Calidad del Servicio de Salud y Seguridad del Paciente”*, que permita a esta Agencia

estandarizar el proceso de Auditoría de Caso, en los que se identifique o presuma la existencia de fallas en los procesos de atención en salud.

3. Antecedentes

La calidad de los servicios de salud y la seguridad del paciente son reconocidas a nivel mundial como elementos esenciales que impactan de manera directa en los resultados clínicos, la satisfacción de los pacientes - usuarios y en la reputación de los establecimientos de salud. Una atención segura, oportuna, eficiente y centrada en el paciente reduce el riesgo de daños evitables, mejora la experiencia del paciente – usuario y garantiza el cumplimiento de principios éticos y normativos en la atención médica.

No obstante, la atención en salud es una actividad inherente y estructuralmente compleja. Su carácter multidisciplinario en un entorno de constante cambio tecnológico, organizacional, epidemiológico y humano la convierten en un sistema altamente propenso a fallos. Entre los riesgos más frecuentes se encuentran los errores de profesionales de la salud, eventos adversos y su escasa notificación, la falta de estandarización de protocolos, la débil cultura institucional de seguridad y las deficiencias en la comunicación interprofesional y con los pacientes. Estos factores, en conjunto, pueden comprometer gravemente la atención de los servicios sanitarios, generar inconformidades en los pacientes - usuarios y desencadenar conflictos legales.

Por tal motivo, la Agencia de Aseguramiento de Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada-ACCESS, a través de la Dirección Técnica de Vigilancia y Control, elaboró el *“Manual para la Elaboración de Informes de Auditoría de Casos Seleccionados y/o Priorizados de Inconformidades Relacionadas con la Calidad del Servicio de Salud y Seguridad del Paciente”*, que establece la metodología y los criterios estandarizados para la elaboración de dichos informes, con la finalidad de promover la mejora continua de la calidad de los servicios de salud, sin perjuicio de otras acciones legales a las que hubiere lugar.

4. Justificación:

La elaboración del presente manual constituye una herramienta técnica de alto valor para la Agencia de Aseguramiento de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACCESS), en el ejercicio de sus atribuciones de regulación, control y vigilancia. Su desarrollo contribuye a la estandarización de los procedimientos de la Auditoría de Caso, facilitando la verificación del cumplimiento de la normativa vigente que rigen la prestación de los servicios de salud. Asimismo, este manual fortalece las capacidades institucionales para la supervisión sistemática y objetiva de los hechos reportados por los pacientes - usuarios, permitiendo la identificación de riesgos y oportunidades de mejora en los establecimientos de salud.

CAPÍTULO I

OBJETIVOS

1.1. Objetivo General

Establecer la metodología y estandarizar los criterios para la elaboración de los informes de Auditoría de Caso de inconformidades en los servicios de salud, con el fin de asegurar la trazabilidad y consistencia de la información reportada.

1.2. Objetivos Específicos

- Elaborar los formatos para la elaboración de los informes de Auditoría de Caso, y;
- Brindar herramientas necesarias para la revisión, aprobación y seguimiento de los planes de acción elaborados por parte de los establecimientos de salud.

1.3. Alcance

Este manual es de cumplimiento obligatorio para el personal técnico que realiza la Gestión de Análisis de Caso de la Agencia de Aseguramiento de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada - ACESS, y para los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud.

CAPÍTULO II

DEFINICIONES Y ABREVIATURAS

2.1. Definiciones

- Atención en salud.** – Es el conjunto de servicios que se prestan al paciente - usuario en el marco de las actividades, procedimiento e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se brindan a toda la población. (1)
- Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.** – Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud a los pacientes - usuarios, y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones en los establecimientos de salud. (1)
- Auditoría Médica.** – Tipo de auditoría sobre un acto médico, realizada por profesionales médicos, que no han participado en todo el proceso de atención en salud. (2)
- Auditoría en Salud.** – Tipo de auditoría de la calidad de la atención en salud sobre el proceso de atención realizada o sobre un aspecto en particular de la atención (de enfermería, obstetricia u otros) es llevada a cabo por profesionales de salud capacitados y formados para realizar la Auditoría de la Calidad. (1)

- e) **Auditoría de Caso.** - Tipo de auditoría de la calidad de la atención en salud, se realiza ante la presencia de eventos asociados a la atención sanitaria reportada por el paciente - usuario en el proceso de atención. (2)
- f) **Cuasi evento.** – error de comisión o por omisión que podría haber causado daño al paciente, pero que no produjo un daño grave gracias a la causalidad, a la prevención o a la atenuación. (3)
- g) **Error:** acto de comisión u omisión que causó la lesión involuntaria o contribuyó a causarla. (18)
- h) **Error por comisión:** error que se produce como consecuencia de una acción. Es un error por acción. (18)
- i) **Error por omisión:** error que se produce como consecuencia de no haber tomado una medida. (18)
- j) **Evento adverso.** - evento que causa un daño involuntario al paciente por un acto de comisión o de omisión, no por la enfermedad o el trastorno de fondo del paciente. (3)
- k) **Evento centinela.** – todo evento adverso que haya derivado en la muerte del paciente o la pérdida permanente e importante de una función, de carácter imprevisto y sin relación con la evolución natural de la enfermedad o el trastorno subyacente del paciente. (3)
- l) **Historia clínica.** - es un documento legal, privado, obligatorio y sometido a reserva en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. (4)
- m) **Historia clínica física.** - es un documento en formato físico; contiene información confidencial y veraz del paciente/usuario, generado obligatoriamente por el personal de salud en cada uno de los procesos asistenciales en forma sistemática con los datos obtenidos de las atenciones, diagnóstico, tratamiento. (5)
- n) **Historia clínica electrónica.** - es el conjunto integral de datos clínicos, sociales y económicos referidos a la salud de una persona, desde su nacimiento hasta su muerte procesada a través de medios electrónicos, siendo el equivalente funcional de la historia clínica papel. (5)
- o) **Inconformidad.** - Se refiere a los diferentes tipos de manifestaciones ciudadanas (denuncias, reclamos administrativos, quejas) sobre los servicios de salud que se gestiona mediante un proceso de Auditoría de Caso. (6)
- p) **Lex artis medicae.** - Es la ciencia y el arte que, de acuerdo con los avances técnicos y científicos de la medicina, reconocidos y validados por la comunidad médica

internacional, aplica y ejerce el profesional médico después de un proceso formal de capacitación superior universitaria. (7)

- q) **Paciente.** – Individuo que busca atención o recibe cuidados de salud debido a enfermedades, lesiones, para mejorar su bienestar, para prevenir enfermedades o para obtener diagnósticos sobre su estado de salud. (8)
- r) **Plan de acción.** - Es una intervención de carácter técnico que introduce cambios para mejorar la calidad de los procesos asistenciales y administrativos relacionados con la atención de salud, a través de un conjunto de acciones contextualizadas y evaluables, utilizando un plan de acción que genere aprendizajes en los establecimientos de salud. (9)
- s) **Pronunciamento.** - Es la respuesta que emite el prestador de servicios de salud frente a la inconformidad presentada por el paciente – usuario.
- t) **Sesgo.** - En auditoría de salud es la influencia de conocimientos, experiencias o prejuicios previos que pueden nublar el juicio del auditor clínico, afectando la interpretación de información, el análisis de datos o la toma de decisiones. (10)
- u) **Servicios de salud.** - Es el conjunto de actividades y procesos que están destinados a ofertar prestaciones de salud, de promoción, de prevención, de recuperación y/o rehabilitación en forma ambulatoria, domiciliaria o internamiento; son clasificados de acuerdo a la capacidad resolutive, niveles de atención y complejidad. (11)
- v) **Técnico a cargo del caso.** – Profesional de la salud de la ACESS quien elabora el informe de Auditoría de caso y da seguimiento al plan de acción derivado del mismo.
- w) **Usuario.** – es la persona que utiliza y elige los servicios de salud. (12)

2.2. Abreviaturas

ACESS: Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada.

DTVC: Dirección Técnica de Vigilancia y Control

IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

ISSFA: Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas

ISSPOL: Instituto de Seguridad Social de la Policía

MSP: Ministerio de Salud Pública

RPIS: Red Pública Integral de Salud

SNS: Sistema Nacional de Salud

CAPÍTULO III

GENERALIDADES DE LA AUDITORÍA EN SALUD

3.1. Definición

La palabra auditoría proviene del latín *auditorius*, que a su vez deriva de auditor cuyo significado es “*que tiene la virtud de oír*”; por lo tanto, la auditoría en el contexto de salud surge como respuesta a las necesidades de atención que tiene la población y cada miembro de la comunidad, con el fin de detectar el funcionamiento real de los servicios de salud prestados en los establecimientos de salud. (13)

En este sentido, la auditoría en el escenario de la prestación de servicios de salud es un método de monitoreo sistemático utilizado para determinar si las actividades y documentos relacionados con la gestión y prestación de dichos servicios, se conducen acorde con los protocolos aprobados, lineamientos de las Buenas Prácticas Clínicas y los requisitos regulatorios aplicables, así como las normas y directrices institucionales, nacionales e internacionales vigentes. (14)

La mayoría de las auditorías son realizadas por los equipos de calidad de los establecimientos que conforman el Sistema Nacional de Salud, como parte de los procesos de evaluación interna de la atención brindada. Estas evaluaciones incluyen la revisión de los formularios que integran el expediente de la historia clínica de los pacientes, con el propósito de verificar el cumplimiento de los protocolos, las guías de práctica clínica y la normativa sanitaria vigente.

La auditoría en salud tiene que evaluar que la atención brindada al paciente – usuario se fundamente en las atribuciones de la calidad de la atención, entendiéndose como las características y elementos que deben estar presentes para asegurar que la atención en salud sea efectiva, segura y satisfactoria para los pacientes. Dentro de estas se identifican las siguientes:

- a) **Oportunidad:** Corresponde a la satisfacción de las necesidades de salud en el momento requerido, utilizando los recursos apropiados según las características y la severidad de cada caso.
- b) **Continuidad:** Se refiere a la aplicación, en secuencia lógica, de las acciones que corresponden a cada una de las etapas del proceso de la atención, bajo la responsabilidad de un equipo de salud.
- c) **Efectividad:** Es el grado máximo de mejoramiento de la salud que es posible alcanzar con la mejor atención disponible.
- d) **Eficiencia:** Es la capacidad de reducir al máximo los costos de la atención, sin por ello reducir de forma significativa el grado de mejoramiento de la salud.
- e) **Optimización:** Es el balance entre los costos y los beneficios de la atención en salud.

- f) **Legitimidad:** Es la conformidad con los principios éticos, los valores, las normas, las regulaciones y las leyes que rigen la comunidad.
- g) **Equidad:** Es la conformidad con los principios que rigen la justa distribución del cuidado de la salud y sus beneficios entre todos los miembros de la población.
- h) **Suficiencia e integridad:** Provisión suficiente y oportuna de los recursos requeridos para atender las necesidades de salud de forma integral, en sus aspectos de promoción, prevención, curación, asistencia y rehabilitación.
- i) **Racionalidad lógico-científica:** Utilización del saber médico y de la tecnología disponible para atender los problemas de salud, aplicando los criterios de los enfoques lógico y óptimo, mencionados anteriormente.
- j) **Satisfacción del usuario y del proveedor:** Complacencia del usuario con la atención recibida, con los prestadores de los servicios y con los resultados de la atención. Así mismo, la satisfacción de los proveedores con las condiciones laborales y el medio ambiente donde se desempeñan.
- k) **Aceptabilidad:** Es la conformidad de la atención global tomando en cuenta los deseos y las expectativas de los pacientes y sus familiares, incluyendo los aspectos relativos a la accesibilidad, la relación médico-paciente, las comodidades del lugar de la atención y el grado de conformidad con los efectos y los costos del tratamiento.

3.2. Principios que rigen la Auditoría en Salud

Para la ejecución de las auditorías en salud, los técnicos o las personas quienes los elaboran se basan en los siguientes principios:

- a) **Conducta ética.** – La persona que ejecuta la auditoría debe abstenerse de realizar actos que atenten contra el buen ejercicio de la profesión; procediendo en todo momento de acuerdo con los más elevados preceptos de la ética; actuando siempre en forma leal, digna y de buena fe; evitando su participación en acciones fraudulentas de cualquier índole.
- b) **Confidencialidad.** - Se requiere de un compromiso de reserva del técnico que ejecuta la auditoría con las fuentes de información, por lo que es indispensable guardar el secreto profesional, y la discreción sobre la información a la que se tiene acceso durante la auditoría. (2)
- c) **Veracidad.** - Los hallazgos y conclusiones emitidas en los informes de la auditoría deben reflejar con autenticidad y exactitud los hallazgos de la auditoría.
- d) **Diligencia.** - Los técnicos que ejecutan la auditoría proceden con el debido cuidado, de acuerdo con la importancia de la tarea que desempeñan y la confianza depositada en ellos, por la entidad o servicio auditado, en resguardo de los intereses y derechos de los usuarios.

- e) **Independencia.** - Es la base para el ejercicio cabal y responsable de la función del técnico que ejecuta la auditoría. No pueden estar sujetos a mandatos o presiones que alteren su criterio, análisis y conclusiones en la auditoría, y deben estar libres de cualquier sesgo o conflicto de intereses. (2)
- f) **Imparcialidad.** - Las opiniones, conclusiones y recomendaciones del técnico que ejecuta la auditoría requieren del equilibrio y ponderación de quien no se aleja de la verdad, y no inclina su criterio indebidamente ante ninguna de las partes.
- g) **Objetividad.** - El técnico que ejecuta la auditoría basa su accionar en las evidencias objetivas que sustente sus hallazgos y conclusiones. (2)
- h) **Respeto por los derechos y el honor de las personas.** - Consiste en no afectar negativamente la honra de los profesionales ni los derechos de los pacientes/usuarios. En todo momento se debe mantener el respeto a los profesionales y establecimientos de salud involucrados en el proceso de atención del paciente/usuario.

3.3. Niveles de auditoría en salud

- a) **Autocontrol:** Cada miembro de los establecimientos de salud planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normativa vigente y por la organización. (2)
- b) **Auditoría Interna:** Consiste en una evaluación sistemática realizada en el mismo establecimiento de salud, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol (2).
- c) **Auditoría Externa:** Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. (2)

3.4. Tipos de auditoría en salud

La auditoría es hoy en día un componente del sector salud enfocado en garantizar servicios de calidad a los pacientes – usuarios. Por tal motivo, gran parte de sus actividades permiten evaluar distintos ámbitos de las instituciones especializadas en servicios de salud. Puede incluir aspectos administrativos y aspectos relacionados directamente con la atención brindada al paciente - usuario. Para lograr estos estudios e inspecciones se dividen en:

- a) **Auditorías clínicas:** En la auditoría clínica se usan distintas formas de evaluación para valorar los actos clínicos, por lo tanto, se ocupa de monitorear y controlar los aspectos técnicos de la atención médica junto con su forma de organización y coordinación. (15)

- b) **Auditorías médicas:** Tipo de auditoría sobre un acto médico, realizada por profesionales médicos, que no han participado en la producción de datos o la información, ni en la atención médica. Es la revisión detallada de registros y procesos médicos seleccionados con el objetivo de evaluar la calidad de la atención médica brindada. Incluye los aspectos de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación en salud, así como el diagnóstico, tratamiento y evolución, y el uso de recursos, según corresponda. (15,16)
- c) **Auditorías de la calidad de salud:** Es un mecanismo continuo y sistemático que monitorea el seguimiento de las normas sobre calidad en salud. Igualmente, hace seguimiento de los procesos prioritarios, se compara la calidad que tiene la institución con la esperada y se comparte las medidas para corregir los problemas encontrados con respecto a la normativa vigente. (15)
- d) **Auditoría de Caso:** Es la auditoría de la calidad de la atención en salud, que no está incluida en el programa anual de auditorías internas de un establecimiento de salud. Se realiza ante la presencia o reporte de los pacientes/usuarios de un evento centinela, incidente, evento adverso, complicación reportada derivada del proceso de atención, independiente de que genere repercusión, o denuncias, reclamos o quejas de partes afectadas o interesadas. (2)

Por lo general obliga a la participación de diferentes especialidades médicas, y puede incluir aspectos administrativos y aspectos relacionados directamente con la atención brindada. La metodología sugerida es el análisis de historia clínica con la *lex artis medicae* que responde a lo descrito en la inconformidad del paciente - usuario. (2)

- e) **Auditorías concurrentes:** La auditoría concurrente evalúa los servicios de salud desde una perspectiva interna, por ello, analiza las áreas asistenciales del establecimiento médico y la labor de los profesionales.
- f) **Auditorías programadas:** Es una evaluación que se efectúa en compañía del centro médico para comprobar si las normativas vigentes se están cumpliendo.

3.5. De la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud

La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud es un tipo de auditoría en salud enfocada en la evaluación del cumplimiento de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud brindados por los profesionales sanitarios a los pacientes - usuarios y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, considerando que no tiene fines punitivos.

Para evaluar la calidad de la atención es necesario aplicar los enfoques técnico-científico, el lógico y el óptimo de la calidad. El primer enfoque se refiere al contenido del saber médico y a la tecnología médica disponible que se oferta al paciente; el segundo enfoque se define en función de la eficiencia con la cual se utiliza la información para tomar decisiones; y, el tercer enfoque es la respuesta óptima a las distintas alternativas, por ejemplo, prioridad

entre la prevención y la curación, entre programas ambulatorios y hospitalarios, refiriéndose al logro de los objetivos de dichos servicios al menor costo posible. (16)

La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud se ejecuta en función de la demanda de inconformidades presentadas por los pacientes - usuarios o cuando el equipo de calidad del establecimiento de salud recibe la notificación de los eventos asociados a la atención sanitaria.

Las inconformidades relacionadas con la calidad de la atención en salud pueden ser notificadas en el establecimiento de salud, subsistema de salud en el que el paciente - usuario recibió la atención y ante las entidades reguladoras competentes. En este contexto, corresponde a la Agencia de Aseguramiento de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada - ACESS la ejecución de Auditorías de Caso orientadas a evaluar la calidad de la atención en los establecimientos de salud, principalmente de carácter privado, sin excluir a los establecimientos públicos que forman parte del Sistema Nacional de Salud.

Cabe señalar, que el Manual de la Notificación, Auditoría de Calidad de la Atención y Planes de Acción de Casos de Muerte Materna publicado mediante Acuerdo Ministerial Nro.00068-2019, precisa las instrucciones para la ejecución de auditorías de la calidad de la atención de salud relacionadas a casos de muerte materno neonatal, estas auditorías son elaboradas por un equipo técnico especializado en las diferentes Coordinaciones Zonales de Salud del Ministerio de Salud Pública.

Una vez que los subsistemas realizan los informes de Auditoría de Caso de eventos asociados a la atención sanitaria, ponen en conocimiento de la ACESS para que a través de la Dirección Técnica de Vigilancia y Control se realice una revisión técnica y de ser el caso se traslada a la Dirección Técnica de Procesos Sancionatorios de ACESS por presuntos incumplimientos en la normativa vigente para continuar con el debido proceso dentro de las competencias de esta Agencia.

CAPÍTULO IV

AUDITORÍA DE CASOS SELECCIONADOS Y/O PRIORIZADOS DE INCONFORMIDADES RELACIONADAS CON LA CALIDAD DEL SERVICIO DE SALUD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

La Auditoría de Caso que se realiza en la Gestión de Análisis de Casos de la Dirección Técnica de Vigilancia y Control de la ACESS, es un procedimiento sistemático de análisis y evaluación del cumplimiento de la normativa vigente, la *lex artis medicae*, teniendo como principio la mejora continua de la calidad de los servicios de salud y seguridad del paciente, sin fines punitivos, sin perjuicio de otras acciones legales a las que hubiere lugar.

La Auditoría del Caso debe ser:

- a) **Objetiva**, el contenido del informe final de la Auditoría de Caso debe ser concordante con las guías de práctica clínica y con la evidencia científica más actual (no mayor a 4 años).
- b) **Imparcial**, el contenido de la Auditoría de Caso no debe presentar sesgos o inclinación ante ninguna de las partes.
- c) **Confidencial**, únicamente las partes involucradas pueden tener acceso al informe de Auditoría de Caso.

El personal técnico de la Gestión de Análisis de Casos es el responsable de la ejecución de las Auditorías de Caso y deberá realizar un abordaje integral de la inconformidad, abarcando desde el ingreso del paciente hasta su alta en el establecimiento de salud y de los servicios que ocupe el usuario. En este marco, sus deberes y obligaciones son los siguientes:

- Desempeñar sus actividades con objetividad, integridad, imparcialidad, independencia, responsabilidad, oportunidad, puntualidad, rectitud, veracidad, corrección y honestidad.
- Ejercer su labor en todo momento en la ética, con la presentación de su criterio técnico y especializado, exento de juicios de valor de ningún tipo incluyendo el uso de palabras como latrogenia o negligencia, inobservancia, impericia e imprudencia por ser términos para imputar infracciones.
- Elaborar el informe sin mencionar los nombres de los médicos o personal de salud involucrados en la atención del paciente, dejando claro el cumplimiento o no de las normas, manuales, guías, protocolos de atención y *lex artis medicae* ya establecidas.

El personal técnico encargado de la ejecución de las Auditorías de Caso deberá suscribir acuerdos de confidencialidad y de manejo adecuado de los datos sensibles contenidos en las historias clínicas de los pacientes sobre los cuales se elaborarán los informes de auditoría, conforme a lo establecido en el Anexo 1.

Adicionalmente el personal técnico que ejecuta las Auditorías de Caso no deben presentar conflictos de interés con el profesional o profesionales involucrados ni con el establecimiento de salud del cual se recibió la inconformidad; para constancia deberá llenar el Anexo 2 y de presentar conflicto de interés el caso se reasignará a otro técnico.

4.1. Ingreso de la inconformidad

4.1.1 Canales de ingreso.

Las inconformidades reportadas por la ciudadanía permiten al sistema de salud conocer sobre posibles errores que se cometen en la atención y generar mecanismos de mejora continua con la finalidad que los servicios de salud brindados a la ciudadanía se realicen en el marco de derechos, calidad y seguridad del paciente.

Las inconformidades del paciente – usuario pueden ingresar por uno de los siguientes canales oficiales de la ACESS:

- a. **Sistema de Gestión Documental – Quipux:** El paciente - usuario podrá registrar su inconformidad de manera directa en el sistema mediante una carta ciudadana o presentación de un oficio en físico dirigido a la ACESS, el cual deberá ser ingresado en el Sistema de Gestión Documental – Quipux.
- b. **Plataforma Contacto Ciudadano Digital:** El paciente - usuario podrá ingresar su inconformidad a través del apartado de quejas o denuncias administrativas. Para ello, deberá crear un perfil en la plataforma, registrar sus datos de contacto, describir un resumen de los hechos y adjuntar, de manera opcional, los documentos de respaldo que considere pertinentes.
- c. **Oficio:** Por petición de autoridades de la ACESS y de otras instituciones se podrá solicitar la elaboración de una Auditoria de Caso.

4.1.2 Requisitos de la inconformidad

La información que debe contener como mínimo la inconformidad, independientemente del canal de ingreso es la siguiente:

- Nombres completos del paciente - usuario;
- Número de cédula de ciudadanía del paciente - usuario;
- Nombres completos de los establecimientos y/o profesionales de salud involucrados en el proceso de atención;
- Fecha de la atención;
- Resumen de los hechos y eventos suscitados;
- Petición concreta;
- Punto de contacto donde recibirán las notificaciones (teléfono y correo electrónico).

En caso de que, el familiar o un tercero sea quien coloque la inconformidad debe describir en primer lugar los datos del paciente que recibió la atención y además describir sus datos de identificación y contacto.

Los pacientes - usuarios podrán adjuntar a la inconformidad los anexos que consideren necesarios según la naturaleza de la petición.

4.1.3 Recepción de la inconformidad desde territorio

Si la inconformidad es receptada en las oficinas técnicas de la ACESS en territorio, ésta debe ser trasladada a través del Sistema de Gestión Documental Quipux a la Dirección Técnica de Vigilancia y Control.

4.2. Registro de la inconformidad

El/la Director/a Técnico/a de Vigilancia y Control reasignará al personal técnico de la Gestión de Análisis de Caso las inconformidades a ser auditadas, quienes deberán:

4.2.1 Registrar en la matriz de seguimiento de la gestión de Análisis de Casos:

- a) Apellidos y nombres del paciente – usuario.
- b) Código del caso que consta de la primera letra del primer y segundo apellido, y la primera letra del primero y segundo nombre más el mes y el año de ingreso del caso, por ejemplo:
 - CHÁVEZ CASTRO CIRO RICARDO – agosto 2025: Código: CCCR0825;
- c) Registro del canal de ingreso de la inconformidad;
- d) Fecha de ingreso de la inconformidad;
- e) Nombre(s) del / los establecimientos(s) involucrado(s);
- f) Zona a la que pertenecen los establecimientos;
- g) Tipo de evento asociado a la atención de salud;
- h) Resumen de la inconformidad, y;
- i) Registro de las actividades realizadas en la gestión de la inconformidad.

4.2.2 Aperturar un expediente físico en el que en la portada consten:

Apellidos y nombres del paciente; el mes y año del ingreso de la inconformidad; y el código interno del caso.

4.2.3 Crear una carpeta virtual con nombre del nombre del paciente - usuario en el Sistema de Gestión Documental Quipux, donde se almacenarán todos los documentos pertenecientes a la inconformidad.

4.2.4 El técnico del caso debe mantener el registro actualizado de las actividades realizadas, las cuales se describirán de la siguiente manera:

“Con fecha XX de XX de 20XX (detallar fecha del documento en día/mes/año) mediante oficio Nro. ACESS-DTVC-2025-0100 (detallar el número de oficio/memorando) desde ACESS se realiza la solicitud de información al establecimiento involucrado en el proceso de atención en salud. Se envía por correo electrónico”.

4.3. Inspección a los establecimientos involucrados en la inconformidad.

Una vez receptada la inconformidad, se ejecutará una inspección *in situ* a los establecimientos involucrados en el proceso de atención de salud por parte del personal técnico de la ACESS.

Los resultados de esta inspección serán puestos en conocimiento de la Gestión de Análisis de Casos, para continuar con el proceso de solicitud de información.

En caso de inspecciones inefectivas, el técnico encargado de la inconformidad solicitará la información para la elaboración del informe de Auditoría de Caso.

4.4. Solicitud de la Información

La Dirección Técnica de Vigilancia y Control solicita oficialmente copia certificada de la historia clínica y pronunciamiento a los establecimientos de salud y/o profesionales de salud involucrados en el proceso de atención, adicionalmente puede solicitar un informe técnico del proceso de atención de salud de considerarse pertinente, información que debe ser entregada a la ACESS en un término de (5) cinco días. Ver Anexo 3.

En el caso de inconformidades que versan sobre atenciones en los subsistemas de la RPIS se tomará en consideración lo siguiente:

- **MSP:** se remitirá la solicitud de pronunciamiento de manera directa al establecimiento de salud involucrado en el proceso de atención y la solicitud de informe de auditoría se remitirá a la Coordinación Zonal correspondiente, en caso de no obtener respuesta se remitirá la solicitud a la Dirección según en nivel de atención correspondiente
- **IESS:** se remitirá la solicitud de pronunciamiento y de elaboración de informe de auditoría de manera directa al establecimiento de salud involucrado en el proceso de atención, en caso de no obtener respuesta se remitirá dicha solicitud a la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud correspondiente y a la Coordinación Nacional de Calidad.
- **ISSFA:** se remitirá la solicitud de pronunciamiento y de elaboración de informe de auditoría de manera directa al establecimiento de salud involucrado en el proceso de atención, en caso de no obtener respuesta se dirigirá a la Dirección General de Sanidad de las Fuerzas Armadas y Salud del Comando Conjunto de las Fuerzas Armadas y a la Dirección del Seguro de Salud del ISSFA.
- **ISSPOL:** se remitirá la solicitud de pronunciamiento y de elaboración de informe de auditoría de manera directa al establecimiento de salud involucrado en el proceso de

atención, en caso de no obtener respuesta se dirigirá a la Dirección Nacional de Atención Integral en Salud del ISSPOL.

Si no existe respuesta por parte del establecimiento de salud y/o profesional de la salud, el técnico a cargo de la inconformidad procederá a realizar 3 insistidos mediante correo electrónico con un intervalo de (5) cinco días término. Si al finalizar el tiempo límite del tercer insistido la solicitud continua sin respuesta se dará cierre a la inconformidad, poniendo en conocimiento del usuario de las acciones que realizó esta Agencia e indicando que de obtener la historia clínica se reabrirá el caso.

4.5. Procedimiento para la elaboración del informe de Auditoría de Caso

Para la elaboración del informe de Auditoría de Caso, el técnico debe revisar en la historia clínica y la bibliografía consultada, de acuerdo a la inconformidad presentada, las siguientes consideraciones:

- Concordancia de las prácticas sanitarias realizadas en el paciente - usuario con las mejores prácticas definidas, aceptadas y estandarizadas en las guías de práctica clínica o la mejor evidencia para la patología o patologías a tratar.
- Coherencia entre la anamnesis, examen clínico, diagnóstico presuntivo y definitivo y plan de atención al paciente - usuario.
- Congruencia entre el diagnóstico del paciente - usuario y tratamiento instaurado en el mismo.
- Pertinencia en la oportunidad de atención
- Adherencia a las guías de manejo y protocolos emitidos por el ente rector en salud, incluyendo la verificación del plan de atención: exámenes de patología clínica, de diagnóstico por imágenes, interconsultas, referencias, procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Uso adecuado de recursos (personal, medicamentos, insumos).
- Adecuado manejo de la patología posterior al diagnóstico de acuerdo con la evolución y resultado de los exámenes.
- Pertinencia del apoyo o intervención de otros profesionales o especialistas.
- Evaluación de la seguridad de la atención y reporte de eventos adversos hallados.
- Cumplimiento de la normativa vigente.

4.5.1 Esquema del informe de Auditoría de Caso

Los informes de Auditoría de Caso mantienen un orden con la finalidad de brindar al lector, sea técnico o jurídico, la facilidad de entendimiento respecto al caso desde su ingreso como inconformidad hasta la elaboración del Plan de Acción en pro de la mejora continua. En el Anexo 4, se detalla el formato de informe de Auditoría de caso, en el mismo se plantean los siguientes ítems:

- a) **Antecedentes y decisión de investigación:** en este acápite se describirá la inconformidad y el Decreto Ejecutivo 703 con la competencia de procesar las quejas sobre la calidad de los servicios de salud.
- b) **Obtención de la información:** se colocará el oficio mediante el cual el/la Directora/a Técnico/a de Vigilancia y Control solicitó las copias certificadas de la Historia Clínica del paciente - usuario al Representante Legal, Responsable Técnico cuando sean establecimientos de salud y directamente al profesional de salud cuando sea el caso.
- c) **Alcance:** se describirá que el informe tiene por objetivo examinar la atención sanitaria, encontrar hallazgos, establecer conclusiones y recomendaciones encaminadas específicamente a la mejora continua de la calidad de la atención que debe estar enmarcada en la seguridad del paciente, dejando constancia que el análisis es sin fines punitivos.
- d) **Resumen la Historia Clínica:** Se describirá de forma cronológica los acontecimientos registrados en la historia clínica resaltando los hechos más importantes que permitirán una comprensión clara de la situación médica del paciente.
- e) **Entrevistas dentro de Auditoría de Caso:** Será un medio a través del cual se podrá recopilar más información que resulte pertinente para el caso. No obstante, este paso no es de cumplimiento obligatorio, se llevará a cabo solo de ser necesario cuando existan dudas sobre la inconformidad. Además, se podrán realizar entrevistas a los profesionales y establecimientos involucrados en el proceso de atención cuando hay dudas en las prescripciones o el plan de manejo observado en la historia clínica. El técnico hará uso del formato para entrevistas detallado en el Anexo 5.
- f) **Criterio técnico:** Se realizará la revisión de la evidencia científica generada en los últimos cuatro (4) años, priorizando las Guías de Práctica Clínica y los Protocolos de manejo de patologías emitidos por la Autoridad Sanitaria Nacional. Cuando corresponda, se considerará bibliografía proveniente de países con contextos sanitarios similares al del Ecuador. En el caso de patologías de baja prevalencia en la región, se consultarán plataformas médicas basadas en evidencia científica, así como libros de referencia y revistas médicas especializadas.

- g) **Análisis del caso correlacionado con la bibliografía:** Una vez concluida la recopilación de la información correspondiente a las patologías del paciente, se elaborará el Análisis del Caso con fundamento en la bibliografía seleccionada. Dicho análisis deberá correlacionar la evidencia científica descrita en el criterio técnico con el abordaje clínico realizado al paciente, conforme a lo consignado en la historia clínica. Este proceso se sustentará en conocimientos científicos actualizados, la experiencia clínica y la información debidamente registrada en el expediente clínico. En este apartado se deberán mencionar y citar de manera expresa las referencias bibliográficas utilizadas para el análisis.

En las inconformidades relacionadas con áreas de odontología, psicología, así como con especialidades y subespecialidades médicas en las que no se disponga de un sustento bibliográfico suficiente, se solicitará la asesoría técnica de profesionales con formación afín a la materia objeto de la inconformidad. Dicha asesoría será documentada mediante acta de reunión y el nombre del profesional consultado no será consignado en el informe de auditoría.

- h) **Hallazgos del caso:** Se describirán de manera detallada las discordancias identificadas entre la información revisada en la historia clínica, que incluye diagnósticos, procedimientos y prescripciones con la normativa sanitaria vigente, la evidencia científica actual, las Guías de Práctica Clínica aplicables o la *lex artis medicae*.
- i) **Conclusiones:** se describirán las conclusiones de manera clara y precisa en base al resultado del análisis técnico del caso.
- j) **Recomendaciones:** se redactarán las recomendaciones a partir de las conclusiones, al igual que esta última, deben tener carácter técnico y organizativo sobre el proceso de atención. En caso de observar presuntos incumplimientos a la norma se recomendará el traslado del informe a la Dirección Técnica de Procesos Sancionatorios.
- k) **Plan de Acción:** se detallarán los establecimientos de salud y/o profesionales de salud que deben elaborar el plan de acción en función de los hallazgos y recomendaciones descritas en el informe de Auditoría de Caso en pro de la mejora continua de los servicios de salud.
- l) **Bibliografía y firmas:** se colocará la bibliografía de la información consultada y las firmas de responsabilidad.

4.5.2 Revisión de Informe de Auditoría de Caso

Previo a la suscripción del informe, se remitirá mediante correo electrónico institucional a los técnicos de la Gestión que no participaron en la elaboración con la finalidad de obtener una revisión por pares, este proceso permite realizar observaciones y subsanarlas.

Finalizado este proceso, el informe se remitirá al Director/a de la Dirección Técnica de Vigilancia y Control para su aprobación y suscripción.

4.6 Respuesta de la inconformidad

La Dirección Técnica de Vigilancia y Control remitirá la respuesta al paciente - usuario que presentó la inconformidad, adjuntando el Informe de Auditoría de Caso a través del Sistema de Gestión Documental Quipux; adicionalmente, se efectuará la notificación correspondiente mediante correo electrónico.

Una vez realizada la notificación al paciente - usuario, el técnico registrará la fecha del oficio como fecha de resolución del caso en la matriz de seguimiento de casos.

4.7 Envío el informe de Auditoría de Caso

La Dirección Técnica de Vigilancia y Control remitirá el informe y se solicitará lo siguiente cuando corresponda:

- **Al/los profesionales/es de salud y establecimientos de salud involucrados en el caso:** Elaborar el Plan de Acción con base en los hallazgos y recomendaciones consignados en el Informe de Auditoría de Caso, utilizando el formato establecido en el Anexo 4. Asimismo, se incluirá los deberes y derechos de los pacientes para su socialización.

El plazo de entrega del Plan de Acción es de (15) quince días término.

- **A la Dirección Técnica de Procesos Sancionatorios:** En caso de observar presuntos incumplimientos a la norma, para que ejecute las acciones correspondientes según sus competencias.

CAPÍTULO V

PLAN DE ACCIÓN DE MEJORA CONTINUA

La mejora continua abarca los términos *Mejora* del latín *meliorāre*, significa acrecentar algo haciéndolo pasar a un estado mejor, y del término *continuo* del latín *continous* que dura, obra, se hace o se extiende sin interrupción, en este sentido la mejora continua se considera como la adquisición de nuevos conocimientos, el fortalecimiento de procesos, la mejora de servicios y la optimización de recursos. (14)

En los establecimientos de salud el objetivo fundamental debe ser mejorar sus servicios con la finalidad de brindar al paciente - usuario atención de calidad con el mayor valor agregado alcanzado mediante una mejora continua y sistemática de la calidad de los servicios procurando la atención centrada en el paciente.

Mejorar no se considera únicamente una necesidad, es también un compromiso profesional, ético y moral, para generar una nueva cultura organizacional que implica vencer la resistencia al cambio rompiendo la continuidad de prácticas antiguas y dejar atrás el concepto de un problema en calidad como una situación que requiere castigo o que debe ser punitivo y en su lugar enfocarlo como una oportunidad de mejora.

A través del tiempo se han desarrollado múltiples herramientas con el objetivo de transformar los problemas de calidad en situaciones de mejora, en este sentido una vez finalizado el informe de Auditoría de Caso se solicita al establecimiento de salud y/o profesionales de salud, remitir un Plan de Acción que debe cumplir con lo siguiente:

- a) Ser claro, factible, coherente, conciso y medible.
- b) Debe responder a las siguientes preguntas: ¿Qué vamos a hacer...? ¿Para qué lo vamos a hacer...? ¿Cómo lo vamos a hacer...? ¿Cuándo lo vamos a hacer...? ¿Quién de nosotros lo va hacer...? ¿Con qué recursos...?
- c) Plan de Acción debe subsanar los hallazgos y recomendaciones formuladas en el Informe de Auditoría de Caso.

Para elaborar el Plan de Acción el establecimiento de salud y/o profesional de salud debe considerar todos los hallazgos descritos en el informe de Auditoría de Caso, así como las recomendaciones descritas en el mismo, aplicando la matriz de 5W 1H (en inglés WHAT, WHO, WHEN, WHERE, WHY y HOW) como herramienta guía para la implementación de actividades que solventarán los hallazgos del informe:

QUÉ	Defina sobre qué se va a trabajar. Defina las actividades por realizar para bloquear la causa.
QUIÉN	Determine la responsabilidad en la ejecución de las acciones, en cuanto a personas.
CUÁNDO	Defina cuándo se hará el cronograma con fecha de terminación.
DÓNDE	Determine la extensión y ubicación de las medidas por implementar.
POR QUÉ	Defina las razones por las cuales se decidió que se trabajará en dicha actividad, en razón del impacto que este genera.
CÓMO	Determine la forma cómo va a mejorar la situación, cómo se implementarán las acciones.

Tabla 1. Elaboración propia en base a Politécnico de Colombia. Diplomado virtual en gestión de la calidad en salud. Guía didáctica 4: Auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud. Medellín: Politécnico de Colombia; 2022. (17)

Si el establecimiento de salud desea realizar como actividad capacitaciones a su personal, este debe anexar el cronograma de capacitaciones al Plan de Acción para la revisión.

Los establecimientos prestadores externos del IESS mantienen un formato propio, el mismo deberá estar en concordancia con los hallazgos de la Auditoría de Caso.

Los establecimientos del Ministerio de Salud Pública tienen área de calidad por lo que el seguimiento se realizará por parte de dicho subsistema.

5.1. Solicitud del Plan de acción

La Dirección Técnica de Vigilancia y Control solicitará la presentación de los Planes de Acción a los/las profesionales de la salud y/o a los establecimientos de salud involucrados en el proceso de atención del paciente - usuario, únicamente cuando se haya emitido el Informe de Auditoría de Caso como resultado de las inconformidades ingresadas ante esta Agencia.

Dicha solicitud será remitida a través del Sistema de Gestión Documental Quipux, mediante oficio dirigido al Representante Legal y al Responsable Técnico de los establecimientos de salud y/o a los/las profesionales de la salud involucrados en la inconformidad, conforme a la información registrada en el Sistema de Permisos de Funcionamiento de la ACESS, la notificación se realizará por correo electrónico institucional a las direcciones electrónicas consultadas en el sistema.

En el caso de profesionales de la salud que no se encuentren vinculados a un establecimiento, el oficio se notificará por correo electrónico a la dirección registrada en la ACESS.

5.2. Revisión y aprobación del Plan de Acción

La Gestión de Análisis de Casos de la Dirección Técnica de Vigilancia y Control de la ACESS aprobará los planes de acción de los establecimientos a los cuales la Agencia realizó la Auditoría de Caso.

Una vez receptado el plan de acción el técnico a cargo del caso revisará el mismo y procederá a:

- a) Aprobar el Plan de Acción si cumple con todas las características y se comunicará mediante correo electrónico su aprobación y se proceda a la implementación.
- b) Solicitar una reunión con los responsables que elaboraron el Plan de Acción, si el mismo cumple de manera parcial o no cumple con todos los requisitos, para asesoría.

El técnico a cargo del caso registrará todas las actividades referentes al Plan de Acción en la matriz de seguimiento.

Cuando el establecimiento de salud no cumpla con el envío del plan de acción se procederá de la misma forma en la que se insiste en la solicitud de la historia clínica.

5.3. Seguimiento y control al cumplimiento del Plan de Acción

Los establecimientos de salud y/o los/las profesionales de la salud que hayan elaborado los Planes de Acción deberán reportar de manera trimestral a la Dirección Técnica de Vigilancia

y Control los avances y el cumplimiento de las actividades, mediante un informe que incluya los respectivos medios de verificación.

El seguimiento a los Planes de Acción se efectuará de forma aleatoria, posterior a la recepción del informe remitido por los establecimientos de salud y/o los/las profesionales de la salud responsables. No obstante, en caso de presentarse una nueva inconformidad, se elaborará un nuevo Informe de Auditoría de Caso y, en consecuencia, un nuevo Plan de Acción.

REFERENCIAS

1. Ministerio de la Protección Social (Colombia). Pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud [Internet]. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2007 [citado 2025 Ago 9]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/pautas-auditoria-mejoramiento-calidad-atencion-en-salud.pdf>
2. Instituto de Salud de Bucaramanga – ISABU. Manual de auditoría de la calidad en salud [Internet]. Bucaramanga: ESE ISABU; 28 Abr 2020 [citado 2025 Aug 9]. Disponible en: <https://anterior.isabu.gov.co/isabu/wp-content/uploads/2020/10/Manual-de-Auditoria-de-la-Calidad-en-Salud-M-1400-03-V.1-2020.pdf>
3. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual de Seguridad del Paciente - Usuario. Registro Oficial Edición Especial N° 760. Quito: Ministerio de Salud Pública; 14 nov 2016. 80 p.
4. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (DSSA). Manual de Auditoría y Glosas para Pagos de Servicios y Tecnologías no Financiadas con Cargo a la UPC del Régimen Subsidiado [Internet]. Sep 2019 [citado 2025 Ago 9]. Disponible en: <https://www.dssa.gov.co/images/comunicados/2019/septiembre/mipres/Manual-de-Auditoria.pdf>
5. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Acuerdo Ministerial No. 00115-2021: Reglamento para el manejo de la historia clínica única. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2021 Ene 10.
6. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Acuerdo Ministerial No. 0005300: Modelo de gestión de requerimientos e inconformidades ciudadanas para mejorar los servicios de salud a nivel nacional. Registro Oficial Edición Especial 483. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2016 feb 2.
7. Seoane Rodríguez JA. La lex artis como estándar de la práctica clínica. Folia Humanística. 2021;2(6):1–23. DOI: 10.30860/0081. Disponible en: <https://revista.proeditio.com/foleahumanistica/article/view/4068>
8. Clínica Universidad de Navarra. ¿Qué es paciente? En: Diccionario médico [Internet]. Clínica Universidad de Navarra; [citado 2025 Ago 9]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/paciente>
9. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Acuerdo Ministerial No. 00068-2019: Notificación, auditoría de calidad de la atención en salud y planificación de acciones para casos de muerte materna. Manual. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2019 Nov 13.

10. Auditool. El sesgo y la desinformación en auditoría [Internet]. Auditool; 2023 Oct 5 [citado 2025 Ago 9]. Disponible en: <https://www.auditool.org/blog/auditoria-externa/el-sesgo-y-la-desinformacion-en-auditoria>
11. Congreso Nacional. Ley 67: Ley Orgánica de Salud [reformada 2015 dic 18]. Registro Oficial Suplemento 423. Quito: Congreso Nacional; 2006 dic 22.
12. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO). Atención centrada en el usuario: "En torno al usuario se organizan todas las prestaciones que se otorgan en la Red de Establecimientos de Salud Pública del Servicio de Salud Metropolitano Sur ..." [Internet]. Santiago (Chile): SSMSO; [fecha de publicación desconocida; citado el 9 ago. 2025]. Disponible en: <https://redsalud.ssmso.cl/atencion-centrada-en-el-usuario/>
13. Malagón-Londoño G, Pontón Laverde G, Reynales Londoño J. Auditoría en salud: para una gestión eficiente. En: Malagón-Londoño G, Pontón Laverde G, Reynales Londoño J, editores. Auditoría en salud: para una gestión eficiente. Bogotá (Colombia): Editorial Médica Panamericana; 2014. p. 244-367. doi:978-958-8443-38-6.
14. Márquez Martín R, Peña Martínez VM. Calidad y seguridad en la atención del paciente. En búsqueda de la excelencia médica. En: Márquez Martín R, Peña Martínez VM, editores. Calidad y seguridad en la atención del paciente. En búsqueda de la excelencia médica. México: Panamericana; 2022. p. 18-19, 96.
15. Escuela Colombiana de Rehabilitación (ECR). ¿Qué es la auditoría en salud? Sus características y objetivos [Internet]. Bogotá: ECR; 15 Nov 2022 [citado 2025 Ago 9]. Available from: <https://www.ecr.edu.co/auditoria-en-salud/>
16. Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja. Plan anual de auditoría de la calidad de atención en salud del INSNSB – 2023 [Internet]. Lima (Perú): INSNSB; 2023 [citado 2025 ago 9]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4763927/INSNSB.%20PLAN%20ANUAL%20DE%20AUDITORIA%20DE%20LA%20CALIDAD%20DE%20ATENCIÓN%20EN%20SALUD%202023Rs8E7.pdf?v=1687810256>
17. Politécnico de Colombia. Diplomado virtual en gestión de la calidad en salud. Guía didáctica 4: Auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud. Medellín: Politécnico de Colombia; 2022.
18. Organización Mundial de la Salud. Marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1. Informe técnico definitivo. OMS; 2009. [Consultado: 23 de abril de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf.

ANEXOS

ANEXO 1. ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD POR ACCESO A INFORMACIÓN PARA ELABORACIÓN DE INFORME DE AUDITORÍA EN LA GESTIÓN DE ANÁLISIS DE CASOS EN RELACIÓN AL CASO: (Colocar código de confidencialidad).

El/La (Nombres del técnico a cargo del caso) con CI: (colocar número de cédula de identidad) con cargo de (colocar el cargo que ocupa el técnico a cargo del caso), que en adelante se denominará el/la INTERESADO/A, de manera libre y voluntaria, y en el uso de sus capacidades, suscribe el presente Acuerdo de Confidencialidad al tenor de las siguientes cláusulas:

1. Cláusula Primera. - ANTECEDENTES:

- El artículo 18 numeral 2 de la Constitución de la República del Ecuador, ordena que:

“Todas las personas, en forma individual o colectiva, tienen derecho a: 2. Acceder libremente a la información generada en entidades públicas, o en las privadas que manejen fondos del Estado o realicen funciones públicas. No existirá reserva de información excepto en los casos expresamente establecidos en la ley. En caso de violación a los derechos humanos, ninguna entidad pública negará la información”.

- La Norma Suprema en su artículo 362 prescribe:

“(...) Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes (...)”

- La Ley Orgánica de Salud, determina:

Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública (...)

“5. Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios, y determinar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información.”

- El artículo 5 de la Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública, prescribe: *“Se considera información pública, todo documento en cualquier formato, que se encuentre en poder de las instituciones públicas y de las personas jurídicas a las que se refiere esta Ley, contenidos, creados u obtenidos por ellas, que se encuentren bajo su responsabilidad o se hayan producido con recursos del Estado.”*

- El artículo 6 de la Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública, determina: *“Se considera información confidencial aquella información pública personal,*

que no está sujeta al principio de publicidad y comprende aquella derivada de sus derechos personalísimos y fundamentales, especialmente aquellos señalados en los artículos 23 y 24 de la Constitución Política de la República. El uso ilegal que se haga de la información personal o su divulgación, dará lugar a las acciones legales pertinentes (...).”

- El artículo 179 del Código Integral Penal tipifica que: *“La persona que teniendo conocimiento por razón de su estado u oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya divulgación pueda causar daño a otra persona y lo revele, será sancionada con pena privativa de libertad de seis meses a un año”.*

- El Decreto Ejecutivo No. 703 publicado en el Registro Oficial Suplemento No. 534 del 01 de julio del 2015, se crea esta Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada - ACCESS, entidad encargada de ejercer la regulación técnica, control técnico y la vigilancia sanitaria de la calidad de los servicios de salud públicos, privados y comunitarios, con o sin fines de lucro, de las empresas de salud y medicina Prepagada y del personal de salud. Dentro de sus atribuciones y responsabilidades indica:

“(...) 5. Procesar las consultas, denuncias, quejas, reclamos o sugerencias de mejora en la calidad de la atención de salud y seguridad del paciente, por parte de los usuarios de los servicios de salud públicos, privados y comunitarios, con o sin fines de lucro, de las empresas de salud y medicina Prepagada y respecto del personal de salud, remitirlas a las instancias competentes y facilitar el consenso y acuerdo entre los usuarios y los prestadores de servicios, en el ámbito de su competencia; y,

(...) 9. Promover e incentivar la mejora continua de la calidad de atención y la seguridad del paciente en los servicios de salud públicos, privados y comunitarios, con o sin fines de lucro, en las empresas de salud y medicina Prepagada que conforman el Sistema Nacional de Salud y de aquella provista por el personal de salud(...).”

2. Cláusula Segunda. - OBJETO:

En virtud de las disposiciones legales invocadas en la cláusula anterior, el/la INTERESADO/A se compromete a guardar sigilo y reserva sobre la información y documentación que se maneja en la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los servicios de Salud y Medicina Prepagada- ACCESS, y que pueda poner en riesgo la seguridad de la información.

3. Cláusula Tercera.- OBLIGACIONES:

El/La INTERESADO/A ha sido informada y acepta que en atención a la naturaleza de la información y a los riesgos que el mal uso y/o divulgación de la misma implican para esta Agencia, se obliga a mantener el sigilo de toda la información que por razones de sus actividades tendrá acceso. Se obliga a abstenerse de usar, disponer, divulgar y/o publicar por cualquier medio, verbal o escrito, y en general, aprovecharse de ella en cualquier otra forma, o utilizarla para efectos ajenos a lo requerido por esta Agencia.

4. Cláusula Cuarta.- SANCIONES:

El/La INTERESADO/A, ha sido informada y queda sometida a las Leyes y Reglamentos pertinentes sobre la materia, principalmente, sobre las sanciones penales que para estos casos establece la legislación ecuatoriana. En especial conoce que el incumplimiento de lo previsto en este "Acuerdo de Confidencialidad" acarreará las siguientes sanciones:

El/La INTERESADO/A podrá ser sancionada de conformidad con lo determinado en la Ley Orgánica del Servicio Público, en su Capítulo IV Del Régimen Disciplinario.

5. Cláusula Quinta. - DECLARACIÓN:

El/La INTERESADO/A declara conocer la información que se maneja en esta Cartera de Estado y utilizará en virtud de sus competencias, la mencionada información, únicamente para los fines para los cuales se le ha permitido acceso a la misma, debiendo mantener dichos datos de manera reservada, en virtud de la protección de que gozan de conformidad con la legislación vigente.

El/La INTERESADO/A declara, además, conocer la normativa que regula la confidencialidad de la documentación, en especial las previsiones de la Constitución de la República, Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley Orgánica del Servicio Público y el Código Orgánico Integral Penal.

6. Cláusula Sexta.- VIGENCIA:

Los compromisos establecidos en el presente Convenio de Confidencialidad se mantendrán vigentes desde la suscripción de este documento, sin límite, en razón de la sensibilidad de la información.

7. Cláusula Séptima.- ACEPTACIÓN:

El/La INTERESADO/A acepta el contenido de todas y cada una de las cláusulas del presente convenio y en consecuencia se compromete a cumplirlas en toda su extensión, en fe de lo cual y para los fines legales correspondientes, lo firma en dos ejemplares del mismo tenor y efecto, en la ciudad de Quito, a los (fecha de firma de documento).

.....

Nombre: (Nombre de técnico a cargo del caso)

CI: (Cédula de identificación del técnico a cargo del caso)

ANEXO 2. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES**DIRECCIÓN TÉCNICA DE VIGILANCIA Y CONTROL****GESTIÓN DE ANÁLISIS DE CASOS****Declaración de posibles Conflictos de Interés**

A continuación, responda en su totalidad las siguientes preguntas:

¿Usted o alguna de las personas que guarde relación de parentesco presenta algún interés del tipo económico, familiar o profesional relacionado al caso del que elaborará el informe de auditoría, esto incluye los profesionales y establecimientos de salud involucrados en el proceso de atención de salud del caso?

SI ____ NO ____

.....
.....
.....
.....
.....

Si ha respondido "sí", Por favor realice una descripción del interés económico. Si aquel está relacionado con una función ejercida en una entidad, indique el nombre de la entidad, la función desempeñada en la organización (empleado, miembro de junta directiva); Si el interés económico guarda relación con una participación como socio o accionista, describa la naturaleza y cantidad de la misma, periodo en el que se ha mantenido la participación y cualquier otra información pertinente.

¿Existe alguna otra situación no incluida en la declaración anterior que pudiera afectar su objetividad o independencia en el desempeño de sus funciones en la elaboración del informe de Auditoría de Caso, en su opinión, la percepción de esa independencia y objetividad por parte de los demás?

SI ____ NO ____

.....
.....
.....
.....
.....

Si ha respondido “sí”, proporcione los detalles que permitan a la DTVC evaluar su situación.

Yo _____, identificado con número de cédula _____ en calidad de técnico de Vigilancia y Control de ACCESS, certifico que he dado respuesta a las preguntas de manera completa y verificable, así como garantizo que he leído, entiendo y acepto la política de conflicto de interés. Me comprometo a actualizar la información en el formulario de declaración cada vez que existan cambios en las circunstancias y cada vez que me sea solicitado por la Agencia.

Nombre: _____

Firma:

Fecha: _____ Ciudad: _____

ANEXO 3. FORMATO DE OFICIO PARA SOLICITUD DE HISTORIAS CLÍNICAS Y PRONUNCIAMIENTOS.

De mi consideración:

En referencia al documento externo Nro. *(colocar el código de oficio)*, de fecha XX de XX de 20XX, mediante el cual el señor *(colocar nombres y apellidos del paciente)* con cédula de ciudadanía *(colocar número de cédula del paciente)* da a conocer a la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada – ACESS, su no conformidad sobre el proceso de atención de salud que recibió en el establecimiento *(colocar nombre del o los establecimientos involucrados en el proceso de atención)*, indicando lo siguiente:

“(...) describir un breve resumen de la petición del usuario (...)”.

En virtud de lo expuesto, la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada-ACESS, en base a sus competencias y atribuciones indica lo siguiente:

1. Antecedentes Normativos. –

1.1. La Constitución de la República del Ecuador, en su artículo 226, establece lo siguiente:

“Las instituciones del Estado, sus organismos, dependencias, las servidoras o servidores Públicos y las personas que actúen en virtud de una potestad estatal ejercerán solamente las competencias y facultades que les sean atribuidas en la Constitución y la ley. Tendrán el deber de coordinar acciones para el cumplimiento de sus fines y hacer efectivo el goce y ejercicio de los derechos reconocidos en la Constitución”.

- Asimismo, en la mencionada Constitución, en el artículo 362, menciona:

“La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes (...)”.

1.2 La Ley Orgánica de Salud, en su artículo 7, sobre los derechos de las personas en relación a la salud, indica:

“j) Ser atendida inmediatamente con servicios profesionales de emergencia, suministro de medicamentos e insumos necesarios en los casos de riesgo inminente para la vida, en cualquier establecimiento de salud público o privado, sin requerir compromiso económico ni trámite administrativo previos”.

- Así mismo, en la misma Ley en el artículo 186, se menciona:

“Es obligación de todos los servicios de salud que tengan salas de emergencia, recibir y atender a los pacientes en estado de emergencia. Se prohíbe exigir al paciente o a las personas relacionadas un pago, compromiso económico o trámite administrativo, como condición previa a que la persona sea recibida, atendida y estabilizada en su salud.

Una vez que el paciente haya superado la emergencia, el establecimiento de salud privado podrá exigir el pago de los servicios que recibió”.

1.3. La Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública, en su artículo 6, indica:

“Información Confidencial: Información o documentación, en cualquier formato, final o preparatoria, haya sido o no generada por el sujeto obligado, derivada de los derechos personalísimos y fundamentales, y requiere expresa autorización de su titular para su divulgación, que contiene datos que, al revelarse, pudiesen dañar los siguientes intereses privados:

- a) El derecho a la privacidad, incluyendo privacidad relacionada a la vida, la salud o la seguridad, así como el derecho al honor y la propia imagen;*
- b) Los datos personales cuya difusión requiera el consentimiento de sus titulares y deberán ser tratados según” (...)”*

1.4. Con Decreto Ejecutivo No. 703 publicado en el Registro Oficial Suplemento No. 534 del 01 de julio del 2015, se crea esta Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada - ACESS, entidad encargada de ejercer la regulación técnica, control técnico y la vigilancia sanitaria de la calidad de los servicios de salud públicos, privados y comunitarios, con o sin fines de lucro, de las empresas de salud y medicina Prepagada y del personal de salud. Dentro de sus atribuciones y responsabilidades:

“(...) 5. Procesar las consultas, denuncias, quejas, reclamos o sugerencias de mejora en la calidad de la atención de salud y seguridad del paciente, por parte de los usuarios de los servicios de salud públicos, privados y comunitarios, con o sin fines de lucro, de las empresas de salud y medicina Prepagada y respecto del personal de salud, remitirlas a las instancias competentes y facilitar el consenso y acuerdo entre los usuarios y los prestadores de servicios, en el ámbito de su competencia; y,

(...) 9. Promover e incentivar la mejora continua de la calidad de atención y la seguridad del paciente en los servicios de salud públicos, privados y comunitarios, con o sin fines de lucro, en las empresas de salud y medicina Prepagada que conforman el Sistema Nacional de Salud y de aquella provista por el personal de salud(...)”.

1.5. El Reglamento de Información Confidencial del Sistema Nacional de Salud, establece en su artículo 7, lo siguiente:

"Por documentos que contienen información de salud se entienden: historias clínicas, resultados de exámenes de laboratorio, imagenología y otros procedimientos, tarjetas de registro de atenciones médicas con indicación de diagnóstico y tratamientos, siendo los datos consignados en ellos confidenciales.

El uso de los documentos que contienen información de salud no se podrá autorizar para fines diferentes a los concernientes a la atención de los/las usuarios/as, evaluación de la calidad de los servicios, análisis estadístico, investigación y docencia. Toda persona que intervenga en su elaboración o que tenga acceso a su contenido, está obligada a guardarla confidencialidad respecto de la información constante en los documentos antes mencionados.

La autorización para el uso de estos documentos antes señalados es potestad privativa del/a usuario/a o representante legal.

En caso de investigaciones realizadas por autoridades públicas competentes sobre violaciones a derechos de las personas, no podrá invocarse reserva de accesibilidad a la información contenida en los documentos que contienen información de salud".

2. Antecedentes del caso CCCR0825 (se colocará el código interno del caso). –

- Mediante documento ingresado con trámite interno (*aquí se debe colocar el número de oficio si es traslado de otra institución o carta ciudadana*), se pone en conocimiento de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACCESS), la inconformidad (documento adjunto) en relación al proceso de atención brindada a (*colocar nombres y apellidos del paciente*) con cédula de identidad (*colocar número de cédula del paciente*), en el (*colocar nombre del o los establecimientos involucrados en el proceso de atención*), establecimiento ubicado en la ciudad de (*colocar nombre de la ciudad*), provincia de (*colocar nombre de la provincia*).

3. Petición. –

Bajo los antecedentes y consideraciones expuestas, la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada - ACCESS, de acuerdo a sus competencias solicita al (*colocar nombre del o los establecimientos involucrados en el proceso de atención*) remitir:

- Copias certificadas de la Historia Clínica, de (*colocar nombres y apellidos del paciente*)
- Y, un pronunciamiento debidamente fundamentado de la atención brindada a (*colocar nombres y apellidos del paciente*) con cédula de identidad (*colocar número de cédula del paciente*);

La información solicitada deberá ser enviada en un término no mayor a 03 (tres) días a la ACCESS, situada en la Av. Quitumbe Ñan y Av. Amaru Ñan, Plataforma Gubernamental de Desarrollo Social, oficina 302, de la ciudad de Quito.

De existir alguna novedad sobre el presente particular, comunicarse con la Gestión de Análisis de Casos al teléfono (02) 383 4006, extensión 1420.

4. Documentos adjuntos. –

- Se colocarán los documentos de inconformidad, oficios, informe de auditoría de caso, según corresponda.

Con sentimientos de distinguida consideración y muy alta estima.

ANEXO 4. FORMATO DE INFORME DE AUDITORÍA DE CASO

DIRECCIÓN TÉCNICA DE VIGILANCIA Y CONTROL		
GESTIÓN DE ANÁLISIS DE CASOS		
INFORME DE AUDITORIA DE CASO CCCR0825	Informe DTVC-GAC-IA-202X-0XX	
FECHA: 30/08/2025	Página 37 de 42	

1. ANTECEDENTES Y DECISIÓN DE INVESTIGACIÓN

En este acápite se considera la normativa que ampara la ejecución de la Auditoría de Caso. El técnico que ejecuta la auditoría debe colocar en 3 párrafos: el oficio con el cual ingresa la no conformidad a la ACCESS; el Decreto Ejecutivo de la ACCESS artículo 3, numerales 5 y 9, donde se apoyan las competencias de la Agencia en relación al proceso de no conformidades; y, la decisión de realizar la Auditoría de Caso. Para la codificación del caso se colocan las iniciales de los apellidos y nombres, adicionando el mes y año de la no conformidad, por ejemplo: CHAVEZ CASTRO CIRO RICARDO – agosto/2025: CCCR0825.

2. OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN

El técnico que ejecuta la auditoría debe colocar el número de oficio de respuesta donde se encuentren adjunto las copias certificadas de la historia clínica remitida por las autoridades pertinentes, representantes del establecimiento de salud o profesional/es involucrados.

3. ALCANCE

El técnico que ejecuta la auditoría debe indicar la finalidad no punitiva de la Auditoría de Caso considerando el análisis del proceso de atención de salud desde el ingreso hasta el alta, incluyendo la parte asistencial y administrativa de la atención.

“El presente Informe de Auditoría de la Calidad es un análisis técnico del proceso de atención de salud desarrollado en torno a la paciente CCCR0825, con el objetivo de examinar la atención sanitaria y de esta manera verificar si se encuentran hallazgos, establecer conclusiones y recomendaciones encaminadas específicamente a la mejora continua de la calidad de la atención que debe estar enmarcada en la seguridad del paciente, dejando constancia que el presente análisis es sin fines punitivos”.

4. RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA

El técnico que ejecuta la auditoría debe realizar una síntesis de la historia clínica ordenada cronológicamente en pequeños párrafos que contengan: fecha, hora, formulario, nombre del servicio del establecimiento, cargo del profesional autor de la nota, diagnósticos y prescripciones.

Para los párrafos, líneas o palabras de la historia clínica en que la escritura sea imposible de interpretar, debe escribirse el término “<i>ILEGIBLE</i>”. Cuando las notas sean repetitivas o la evolución clínica del paciente se encuentre estacionaria se resumirán todas estas atenciones en un solo párrafo.
5. ENTREVISTA (cuando corresponda) En caso que la información del paciente/usuario no este clara o la historia clínica se encuentre incompleta, el técnico que ejecuta la auditoría debe realizar entrevistas al paciente/usuario, familiares en caso de necesitarlo; además, entrevistas a los profesionales de salud involucrados en el proceso de atención. Para ello se debe revisar el Anexo 5.
6. CRITERIO TÉCNICO El técnico que ejecuta la auditoría debe realizar una revisión de la bibliografía actual relacionada con la patología con la cual el paciente /usuario acudió al establecimiento de salud para ser atendido. La bibliografía no debe ser mayor a los últimos cuatro años de vigencia. En caso de que no existiera bibliografía más reciente, se podrá considerar referencias mayores a cuatro años mientras el contenido sea vigente y de aplicación en la práctica asistencial, corroborada con el apoyo de profesionales especialistas. La evidencia científica para que cumpla con las funciones del sustento de la Auditoría de Caso debe ser competente, pertinente y suficiente.
7. ANÁLISIS DE CASO Y CORRELACIÓN CON LA BIBLIOGRAFÍA En este acápite el técnico que ejecuta la auditoría debe correlacionar la evidencia científica señalada en el Criterio Técnico con el abordaje realizado al paciente según lo descrito en la historia clínica.
8. HALLAZGOS DEL CASO El técnico que ejecuta la auditoría debe evaluar si los diagnósticos, procedimientos y prescripciones de la historia clínica auditada han sido realizados consecuentemente con la normativa sanitaria nacional, evidencia científica actual, guías de práctica clínica o la lex artis medicae. En caso de que no se evidencie concordancia, estas acciones deben ser determinadas como hallazgos.
9. CONCLUSIONES

El técnico que ejecuta la auditoría debe elaborar conclusiones con oraciones claras y precisas que plasmen el resultado del análisis técnico de acuerdo a la opinión del profesional que audita.

10. RECOMENDACIONES

El técnico que ejecuta la auditoría debe redactar las recomendaciones a partir de las conclusiones, al igual que esta última, deben tener carácter técnico y organizativo sobre el proceso de atención. Se debe considerar toda la normativa vigente para socialización y capacitación interna de los establecimientos y/o profesionales de salud involucrados en el proceso de atención del paciente/usuario.

11. PLAN DE ACCIÓN

El técnico que ejecuta la auditoría debe redactar que el plan de acción será elaborado por los establecimientos de salud y será remitido al Director/a de Vigilancia y Control en un plazo de quince (15) días, mismo que debe solventar los hallazgos y recomendaciones descritas en el presente informe de Auditoría de Caso.

12. BIBLIOGRAFÍA

El técnico que ejecuta la auditoría verificará las fuentes de las cuales se obtuvo la información para el desarrollo del criterio técnico. El formato de bibliografía debe cumplir normas APA sexta edición.

13. FIRMAS DE RESPONSABILIDAD

El técnico que ejecuta la auditoría debe incluir los nombres completos de quienes realizaron la auditoría y firmas, además incluir el cargo o función que desempeñan.

	NOMBRES Y CARGOS	FECHA	FIRMA
Aprobado por:			
Revisado por:			
Elaborado por:			

ANEXO 5. DIRECTRICES PARA ENTREVISTAS

DIRECTRICES PARA ENTREVISTAS
PACIENTE - USUARIO Y/O FAMILIARES:
Para realizar esta entrevista se debe iniciar con la presentación de los asistentes, posteriormente se deberá solicitar un breve resumen de lo ocurrido, esto permitirá que el entrevistado se familiarice y permita una comunicación asertiva, con información verídica.
En caso de que la información del paciente - usuario se encuentre incompleta en relación a sus antecedentes que estén relacionados o influyan en el análisis, se deberá preguntar sobre los mismos.
No se deben usar diminutivos o expresiones como: señito, pacientito, mijito, etc., se usará el nombre del paciente o del familiar.
La entrevista será recolectada en Acta de Reunión, se debe considerar que en casos alejados se podrá utilizar la modalidad virtual, para ello el técnico solicitará previamente enlace a la videoconferencia al personal de TICS, para remitirlo a los entrevistados.
PROFESIONALES DE SALUD INVOLUCRADOS EN EL PROCESO DE ATENCIÓN:
Para realizar esta entrevista se debe iniciar con la presentación de los asistentes, posteriormente se deberá solicitar un breve resumen de lo ocurrido, esto permitirá que el entrevistado se familiarice y permita una comunicación asertiva, con información verídica.
En caso de que las notas de evolución no sean legibles o se encuentre incompleta la historia clínica se preguntarán sobre los formularios al profesional, se debe tomar en cuenta que en la entrevista no se ataca al profesional de salud.
No se deben usar diminutivos o expresiones como: doctorcito, doc, etc., se usará el nombre del profesional antecediendo título profesional correspondiente.
La entrevista será recolectada en Acta de Reunión, se debe considerar que en casos alejados se podrá utilizar la modalidad virtual, para ello el técnico solicitará previamente el link de enlace a la videoconferencia al personal de TICS, para remitirlo a los entrevistados
CONSULTA DE PROFESIONALES PARA APOYO TÉCNICO DE ESPECIALISTAS PARES:
Para realizar la consulta técnica a los profesionales especialistas pares, el técnico debe solicitar mediante oficio la colaboración de los profesionales de salud según corresponda, priorizando a los establecimientos de la Red Pública Integral de Salud y la Red Privada Complementaria y, como último recurso a los establecimientos privados.

El oficio debe contener únicamente el código interno del caso, en los archivos adjuntos la historia clínica del paciente, además se solicita la fecha tentativa para la reunión presencial o virtual con el profesional especialista.

En caso de que la reunión sea llevada a cabo de manera telemática se solicitará el link a TICS previamente para remitir a los participantes.

En la reunión el técnico brindará un breve resumen del caso y dilucidará inquietudes sobre el proceso de atención que recibió el paciente - usuario

ANEXO 6. FORMATO DE PLAN DE ACCIÓN

Considerar todos los hallazgos de la Auditoría de Caso, así como las recomendaciones descritas en el informe.

En caso de realizar cronograma de capacitaciones anexar el mismo al Plan de Acción.

Ejemplo:					
HALLAZGO: Uso de abreviaturas peligrosas.					
META A LOGRAR: Disminuir el uso de abreviaturas peligrosas en la historia clínica física/electrónica.					
INDICADOR DE SEGUIMIENTO: % de historias clínicas auditadas sin abreviaturas peligrosas / historias clínicas auditadas"					
QUÉ (Actividades a realizar para bloquear la causa)	QUIÉN (Responsable de ejecutarla)	CUÁNDO (Fecha de terminación de la actividad)	DÓNDE (Lugar donde se realiza la actividad)	POR QUÉ (Propósito de la actividad)	CÓMO (Pautas para la realización de la actividad)
- Cronograma de capacitaciones sobre el uso de abreviaturas peligrosas - Auditorías de revisión de historia clínica de pacientes al alta.	Gerencia/ área de calidad del establecimiento (persona responsable).	Septiembre 2025	Aula de docencia del establecimiento	Para evitar errores en prescripción de medicamentos y evoluciones de los pacientes atendidos.	- Pre test de conocimientos. - Presentación sobre la práctica segura de uso de abreviaturas peligrosas. - Pos test para evaluar conocimientos adquiridos.

Tabla 2. Elaboración propia en base a Politécnico de Colombia. Diplomado virtual en gestión de la calidad en salud. Guía didáctica 4: Auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud. Medellín: Politécnico de Colombia; 2022. (17)



Mgs. Jaqueline Vargas Camacho
DIRECTORA (E)

Quito:
Calle Mañosca 201 y Av. 10 de Agosto
Atención ciudadana
Telf.: 3941-800
Ext.: 3134

www.registroficial.gob.ec

NGA/FMA

El Pleno de la Corte Constitucional mediante Resolución Administrativa No. 010-AD-CC-2019, resolvió la gratuidad de la publicación virtual del Registro Oficial y sus productos, así como la eliminación de su publicación en sustrato papel, como un derecho de acceso gratuito de la información a la ciudadanía ecuatoriana.

"Al servicio del país desde el 1º de julio de 1895"

El Registro Oficial no se responsabiliza por los errores ortográficos, gramaticales, de fondo y/o de forma que contengan los documentos publicados, dichos documentos remitidos por las diferentes instituciones para su publicación, son transcritos fielmente a sus originales, los mismos que se encuentran archivados y son nuestro respaldo.