

MODELO DE AUTONOMIA DE GESTION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Acuerdo Ministerial 1292
Registro Oficial 198 de 26-may.-1999
Ultima modificación: 13-ene.-2006
Estado: Reformado

EL MINISTRO DE SALUD PUBLICA

Considerando:

Que es deber del Estado ecuatoriano, de acuerdo a lo establecido en el artículo 42 de la Constitución Política de la República, "garantizar la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia";

Que la misión del Ministerio de Salud Pública es promover condiciones de vida saludables para toda la población, en conjunto con las entidades del Sector Salud y la comunidad, garantizando el acceso universal y equitativo a servicios eficientes y de calidad;

Que el artículo 43 dispone que "los programas y acciones de salud públicas serán gratuitos para todos y que los servicios públicos de atención médica lo serán para las personas que los necesiten";

Que el artículo 45 prescribe que "el Estado organizará un Sistema Nacional de Salud, que se integrará con las entidades públicas, autónomas privadas y comunitarias del sector y que funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa";

Que el artículo 46 del mismo cuerpo legal determina que "el financiamiento de las entidades públicas del Sistema Nacional de Salud prevendrá de aportes obligatorios, suficientes y oportunos del Presupuesto General del Estado, de personas que ocupan sus servicios y que tengan capacidad de contribución económica y de otras fuentes que señale la Ley";

Que el señor Presidente Constitucional de la República, mediante Decreto Ejecutivo No. 502 de 22 de enero de 1999, faculta al Ministerio de Salud Pública el desarrollo y la implementación de Sistemas Descentralizados de Salud que incorporen Modelos de Autonomía de Gestión de los Servicios;

Que para el efecto es necesario implementar acciones de transición entre el modelo actual, (orientado a la oferta), hacia otro, de subsidio a la demanda, con proyección a la implementación de un sistema de aseguramiento público;

Que mediante Acuerdo Ministerial No. 018, de 18 de marzo de 1999, el Ministerio de Economía y Finanzas expide las normas para "facilitar la utilización de los recursos de autogestión de las entidades y organismos del gobierno central";

Que de conformidad con el artículo 176, Capítulo 3, Título VII, de la Constitución Política de la República, los Ministros de Estado representan al Presidente de la República en los asuntos propios del Ministerio a su cargo, esto en concordancia con lo dispuesto en el último inciso del artículo 1 del Decreto Ejecutivo No. 3, publicado en el Registro Oficial No. 3 de 13 de agosto de 1998, que modifica el Estatuto del Régimen Jurídico Administrativo de la Función Ejecutiva; y,

En uso de las facultades que le confiere la ley.

Nota: Considerando reformado por Acuerdo Ministerial No. 761, publicado en Registro Oficial 187 de 13 de Enero del 2006 .

Acuerda:

Art. 1.- Establecer, desarrollar e implementar el Modelo de Autonomía de Gestión de los servicios de salud, en los Hospitales y Areas de Salud dependientes del Ministerio de Salud Pública.

CAPITULO I DEL MODELO

Art. 2.- El Modelo de Autonomía de Gestión de los servicios de salud tendrá como finalidad impulsar y velar por la modernización y transparencia de la gestión de los Hospitales y Areas de Salud del MSP para la prestación de servicios con calidad, calidez y oportunidad a los usuarios, bajo criterios de eficiencia, eficacia, equidad y solidaridad, priorizando la protección de los más pobres, a quienes se garantiza su atención gratuita, promoviendo, además, la contribución solidaria de personas con capacidad de pago.

Art. 3.- El Modelo se guía por los siguientes principios conceptuales y operativos:

- Protección y respeto al usuario, a sus particularidades étnicas, culturales, de género y edad;
- Calidad y calidez en la atención;
- Solidaridad y equidad a través de subsidios cruzados y directos a la población que lo necesite;
- Gestión desconcentrada, con participación social y comunitaria en la toma de decisiones;
- Gestión moderna, orientada a resultados de satisfacción de usuarios;
- Gerencia estratégica y planificada, con utilización de indicadores de cumplimiento de objetivos y valorización del talento humano;
- Financiamiento complementario al aporte estatal, provisto por contribuciones de usuarios (as) con capacidad de pago, donaciones, recursos de cooperación externa, venta de servicios, entre los más importantes; y,
- Sujeto a control social, así como a auditorías médica y financiera.

Art. 4.- La implementación del modelo será de responsabilidad de la Dirección de los hospitales o jefaturas de área. Se sustentarán para este propósito en las siguientes instancias:

- Participación social y control de la gestión; y,
- Apoyo a la modernización.

CAPITULO II DE LOS COMITES

Art. 5.- Se crea el Comité de Participación Social y Control de la Gestión a nivel de Hospitales y Areas de Salud.

Los Comités de Participación Social y Control de la Gestión en los Hospitales y Areas de Salud tendrán el nivel de veeduría de conformidad con las políticas institucionales.

Nota: Artículo reformado por artículo 1 del Acuerdo Ministerial No. 113, publicado en Registro Oficial 52 de 4 de Julio de 2005 .

Art. 6.- El Comité tendrá un rol de control social de la gestión, en el marco de las políticas nacionales e institucionales definidas por el Ministerio de Salud Pública.

Art. 7.- El Comité estará conformado por representantes de instituciones y organizaciones representativas de las fuerzas sociales locales vinculadas a la salud.

Art. 8.- En este contexto general, el Comité estará conformado por:

- a) Un representante de la Dirección Provincial de Salud;
- b) Un representante del Municipio (o Municipios) en cuya circunscripción se encuentra el Hospital o Area de Salud; y,
- c) Uno o dos representantes de los usuarios (urbanos y rurales por ejemplo).

Art. 9.- A estos miembros, y dependiendo de las características particulares de cada zona de influencia del Hospital o Area de Salud se integrarán otros representantes de instituciones tales como ONG`s presentes en la zona de influencia, colegios de profesionales de la salud, escuelas o facultades de ciencias de la salud, organizaciones de mujeres, entre otras. Estos representantes serán elegidos en forma democrática, en el seno de las respectivas organizaciones o agrupaciones.

En el caso de las Areas de Salud, se incorporarán al Comité representantes locales de los Ministerios de Educación y Bienestar Social. En este nivel el Comité impulsará la constitución de Consejos Locales de Salud o de Desarrollo.

Nota: Artículo reformado por artículo 2 del Acuerdo Ministerial No. 113, publicado en Registro Oficial 52 de 4 de Julio de 2005 .

Art. 10.- El Comité de Participación Social y Control de la Gestión tendrá un mínimo de cinco miembros y un máximo de nueve miembros. Estará presidido por una persona elegida de entre ellos. En este Comité participará un representante del hospital o Area de Salud quien tendrá el rol de Coordinador e informador.

Nota: Artículo sustituido por artículo 3 del Acuerdo Ministerial No. 113, publicado en Registro Oficial 52 de 4 de Julio de 2005 .

Art. 11.- Los miembros del Comité serán elegidos para un período de dos años, pudiendo ser reelectos, de así decidirlo sus representados.

Art. 12.- La Dirección Provincial de Salud, por delegación del Ministro de Salud legalizará la existencia de los Comités y aprobará sus reglamentos de organización y funcionamiento.

Art. 13.- En caso de suscitarse conflicto en la conformación del Comité, tal situación será resuelta por el Director Provincial de Salud correspondiente; cuando ello no sea posible, por el Ministro de Salud o su delegado.

Art. 14.- El Comité de Participación Social y Control de la Gestión, en cumplimiento de las políticas nacionales de salud y la normatividad técnica establecidas en el nivel central y provincial tendrá las siguientes funciones:

- a) Velar por la calidad, calidez y eficiencia de los servicios de salud;
- b) Suprimido;
- c) Participar en la elaboración del Plan Estratégico que oriente la Gestión del Hospital o Area de Salud, considerando particularidades epidemiológicas o geográficas poblacionales del área de influencia;
- d) Vigilar el cumplimiento del Plan Estratégico y programas anuales de intervención de los hospitales y de las Areas de Salud;
- e) Sugerir al Director Provincial de Salud correspondiente una terna de profesionales que puedan ser considerados para la designación de Director del Hospital o encargo de funciones de Jefe de Area de Salud, asegurándose que cumplan con los requisitos de formación y experiencia determinados por el Ministerio de Salud;
- f) Suprimido.
- g) Suprimido;
- h) Conocer los tarifarios y mecanismos de recuperación parcial de costos elaborados por los

hospitales y las áreas de Salud y aprobados por la Dirección Provincial de Salud respectiva;

- i) Conocer los convenios que el hospital suscribe con otras organizaciones públicas y privadas para oferta o demanda de servicios de salud;
- j) Receptar y canalizar denuncias en el caso de mala práctica médica y demás irregularidades cometidas en la atención médica a los usuarios externos; y,
- l) Realizar reuniones de trabajo informativo, de análisis, monitoreo y evaluación de la gestión hospitalaria.

Nota: Artículo reformado por artículo 4 del Acuerdo Ministerial No. 113, publicado en Registro Oficial 52 de 4 de Julio de 2005 .

Art. 15.- Se crean los Comités de Modernización Hospitalaria en los hospitales provinciales, regionales y nacionales.

Art. 16.- El Comité de Modernización Hospitalaria tendrá un rol de apoyo a la gestión del Director de la unidad, en procura de un ejercicio democrático y participativo, centrado en la satisfacción de los usuarios externos e internos de la unidad, en cumplimiento de las directrices locales emanadas por el Comité de Participación Social y Control de la Gestión, en el marco de las políticas nacionales e institucionales definidas por el Ministerio de Salud Pública.

Art. 17.- El Comité tendrá un máximo de nueve miembros y estará conformado por:

- El Director del Hospital, quien lo presidirá;
- Un representante de los jefes de servicios médicos;
- Un representante por cada uno de los grupos de profesionales de la salud;
- Un representante de los empleados administrativos; y,
- Un representante de los trabajadores.

En caso de que el Comité lo conformen seis u ocho miembros, el Presidente tendrá voto dirimente, de requerirse.

Art. 18.- Los miembros del Comité serán elegidos para un período de dos años, pudiendo ser reelectos, de así decidirlo sus representados.

Art. 19.- La Dirección Provincial de Salud, por delegación del Ministro de Salud legalizará la existencia de los Comités y aprobará su reglamento de funcionamiento.

Art. 20.- El Comité de Modernización Hospitalaria, tendrá las siguientes funciones:

- a) Propiciar un ambiente armónico en las relaciones entre los diversos grupos profesionales y de trabajadores del hospital;
- b) Apoyar la modernización del hospital, la reingeniería de procesos y el desarrollo integral del talento humano orientados al mejoramiento de la calidad de los servicios y su impacto positivo en la salud del usuario;
- c) Velar por la elaboración participativa de los planes estratégicos y operativos del hospital;
- d) Sugerir criterios para el diseño y aplicación del sistema de incentivos por resultados del personal, por parte del Director de la unidad, en el marco de políticas nacionales sobre el tema;
- e) Aportar con elementos de juicio y bases técnicas médico financieras para el establecimiento de tarifas a ser conocidas en el Comité de Participación Social y Control de Gestión y aprobadas en la Dirección Provincial de Salud correspondiente; y,
- f) Proporcionar criterios y elementos de juicio que permitan a la Dirección del Hospital planificar el uso de recursos financieros provenientes de la asignación fiscal y los que las propias unidades generen, en observancia a lo dispuesto en la parte pertinente de este Acuerdo.

CAPITULO III DE LA UTILIZACION DE RECURSOS

AUTOGENERADOS

Art. 21.- Los Hospitales y Areas de Salud con manejo desconcentrado de recursos observarán estrictamente lo dispuesto en el Acuerdo de Finanzas No. 018, de 18 de marzo de 1999, relativo a la utilización de recursos de autogestión.

Art. 22.- Priorizarán el uso de recursos autogenerados en los siguientes rubros:

- a) Insumos y medicamentos relacionados con la provisión del conjunto esencial de prestaciones de salud, orientados de manera prioritaria hacia beneficiarios (as) del Bono de Desarrollo Humano y/o grupos con derecho a atención gratuita. Deberá destinarse para este fin no menos del 30% del total de fondos autogenerados;
- b) Contratación de personal profesional y técnico de atención directa al paciente, a través de contratos de servicios ocasionales, con un límite máximo del 20% de los fondos autogenerados, previo justificativo técnico presentado al Director Provincial de Salud correspondiente;
- c) Contratación de servicios de mantenimiento de equipos médicos "críticos" para la atención, enfatizando en la resolución de frecuentes problemas menores;
- d) Contratación de servicios de atención directa al paciente, o servicios auxiliares, adicionales a los existentes, tales como servicios tecnológicos de diagnóstico por imágenes y laboratorio, de anestesia, odontología, servicios generales, etc.; a través de relaciones contractuales que vinculen el pago al cumplimiento de resultados o esquemas de riesgo compartido. Estas contrataciones tienen el carácter de complementarias a la capacidad instalada de la unidad;
- e) Fortalecimiento de la gestión institucional, incluyendo capacitación y acciones de mejoramiento de su imagen y atención a usuarios (as);
- f) Pequeñas remodelaciones/ampliaciones físicas o adquisición de equipos directamente relacionados con incremento de la productividad institucional; y,
- g) Constitución/complementación de fondos de contraparte para obra física y/o adquisición de bienes considerados dentro de la ejecución de proyectos con financiamiento internacional.

Nota: Artículo reformado por Acuerdo Ministerial No. 761, publicado en Registro Oficial 187 de 13 de Enero del 2006 .

Art. 23.- Las Direcciones Provinciales de Salud efectuarán el monitoreo y supervisión técnico - administrativa de los procesos relacionados con la utilización de recursos autogenerados en las unidades de salud de sus respectivas jurisdicciones.

Art. 24.- En caso de comprobarse irregularidades en el manejo de recursos autogenerados, el responsable de dichas acciones será removido de sus funciones, sin perjuicio de otras sanciones dispuestas en la Ley.

CAPITULO IV DE LAS PRESTACIONES DE SALUD

Art. 25.- Son prestaciones de salud las siguientes:

- Acciones de Salud Pública;
- Consultas generales;
- Consultas especializadas;
- Exámenes complementarios;
- Internación u hospitalización clínica y quirúrgica; y,
- Atención de emergencias clínicas y quirúrgicas.

Art. 26.- Constituyen acciones de salud pública:

- Inmunizaciones;
- Controles preventivos de salud reproductiva;

- Control preventivo para menores de 14 años;
- Control de vectores y roedores;
- Control de zoonosis;
- Vigilancia epidemiológica de problemas crónicos, accidentes y violencias;
- Prevención y tratamiento de enfermedades transmisibles frecuentes:
- Tuberculosis
- Cólera
- Dengue
- Malaria
- Fiebre Amarilla
- Rabia
- Hepatitis
- Sarampión
- Enfermedades de transmisión sexual
- EDA/IRA infantil
- Prevención de caries y enfermedad periodontal en niños preescolares y escolares;
- Prevención de problemas prioritarios de salud mental:
- Farmacodependencias
- Alcoholismo
- Depresión
- Stress
- Actividades de información, educación y comunicación en salud;
- Monitoreo y control de la calidad de agua;
- Monitoreo y control de eliminación de sustancias nocivas al ambiente;
- Asistencia alimentario - nutricional y entrega de micronutrientes a grupos de riesgo según normas del MSP; y,
- Prevención del maltrato infantil y de la mujer.

Art. 27.- El Ministerio de Salud Pública ha configurado el Conjunto de Prestaciones Esenciales de Salud a ser provisto de manera universal, diferenciando entre quienes las recibirán de manera gratuita y quienes pueden efectuar alguna contribución según su capacidad de pago. Dicho conjunto será revisado y actualizado de manera periódica.

Se entiende por conjunto de prestaciones esenciales de salud aquellas que responden al perfil epidemiológico prevalente nacional, desagregadas por niveles de atención (ambulatorios generales, especializados y de internación).

Art. 27-A.- 1. Eliminar de las prestaciones sujetas a aporte económico de usuarios (as) con capacidad de pago, las siguientes atenciones contributivas a la reducción de la mortalidad infantil y materna, importantes problemas de salud pública del Ecuador.

Pediatría:

- a) Prematurez o peso bajo extremo;
- b) Prematurez o peso bajo moderado;
- c) Prematurez o peso bajo leve;
- d) Infecciones graves y moderadas;
- e) Asfixia recién nacido;
- f) Desnutrición;
- g) Enfermedad diarreica aguda;
- h) Neumonía; e,

i) Sepsis;

Atención del embarazo y parto:

- a) Legrado uterino;
- b) Parto; y,
- c) Cesárea;

Laboratorio Clínico:

- a) VIDRI.

De la ejecución del presente Acuerdo, encárguense los Señores Directores Provinciales de Salud, Directores de Hospitales y Jefe de Areas de Salud.

Nota: Artículo dado por Acuerdo Ministerial No. 1413, publicado en Registro Oficial 215 de 18 de Junio de 1999 .

Art. 28.- Para la atención de las enfermedades de baja frecuencia y alto costo, tales como insuficiencia renal crónica, enfermedades congénitas graves, enfermedades que requieren trasplante de órganos, cáncer avanzado, etc. se establecerá un fondo específico, propiciando la coordinación entre instituciones de ayuda social tanto nacionales como internacionales.

CAPITULO V

DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCION DE USUARIOS (AS)

Art. 29.- En cumplimiento de lo dispuesto en la Constitución, la atención a personas que demanden acciones de salud pública será gratuita.

Art. 30.- Las personas pertenecientes a grupos de atención gratuita o beneficiarios (as) del Bono de Desarrollo Humano que demanden consulta ambulatoria general de morbilidad en las unidades operativas del nivel de Area de Salud recibirán atención sin costo.

Nota: Artículo reformado por Acuerdo Ministerial No. 761, publicado en Registro Oficial 187 de 13 de Enero del 2006 .

Art. 31.- Si la persona que consulta pertenece a grupos de atención gratuita o es beneficiaria del Bono de Desarrollo Humano y necesita exámenes de rayos X o laboratorio, recibirá tales prestaciones sin costo alguno. Si requiere medicación pagará el 10% del valor de la receta en las farmacias del MSP excepto si se trata de medicación de entrega gratuita general o donaciones.

Nota: Artículo reformado por Acuerdo Ministerial No. 761, publicado en Registro Oficial 187 de 13 de Enero del 2006 .

Art. 32.- Si la persona que consulta no es beneficiaria del Bono de Desarrollo Humano ni pertenece a otros grupos de atención gratuita y necesita exámenes de rayos X o laboratorio, cancelará el valor establecido por el Area de Salud, (que será menor al precio de establecimientos de salud sin fines de lucro existentes en la localidad o cercados a ella); los valores serán presentados en los comités de gestión, con participación ciudadana para aprobación en la Dirección Provincial de Salud correspondiente. Si requiere medicación, podrá adquirirla en las farmacias del MSP, donde su costo será reducido en relación con farmacias particulares.

Nota: Artículo reformado por Acuerdo Ministerial No. 761, publicado en Registro Oficial 187 de 13 de Enero del 2006 .

Art. 33.- Si después de la consulta en las unidades operativas del nivel de Area de Salud requiere

consulta especializada en hospitales de mayor complejidad (provincial, regional o nacional) será atendido únicamente con referencia desde los establecimientos de salud del área.

Art. 34.- Si la persona que es referida para consulta especializada, pertenece a grupos de atención gratuita, o es beneficiaria del Bono de Desarrollo Humano, no pagará ningún valor por la consulta ni por exámenes de rayos X o laboratorio, de necesitarlos. Si requiere medicación pagará el 20% del valor de la receta en las farmacias del MSP, excepto si se trata de medicación de entrega gratuita general o donaciones.

Nota: Artículo reformado por Acuerdo Ministerial No. 761, publicado en Registro Oficial 187 de 13 de Enero del 2006 .

Art. 35.- Si la persona que es referida para consulta especializada, no es beneficiaria del Bono de Desarrollo Humano ni pertenece a otros grupos de atención gratuita, pagará el valor establecido en el hospital, previa aprobación de la Dirección Provincial de Salud correspondiente, con un límite máximo de 2.50 USD. Si requiere exámenes de rayos X o laboratorio, cancelará el valor establecido por el hospital, que será menor al precio de establecimientos de salud sin fines de lucro existentes en la localidad o cercanos a ella; los valores serán presentados en los comités de gestión, con participación ciudadana, para aprobación en la Dirección Provincial de Salud correspondiente. Si requiere medicación, podrá adquirirla en las farmacias del MSP, donde su costo será reducido en relación con farmacias particulares.

Nota: Artículo reformado por Acuerdo Ministerial No. 761, publicado en Registro Oficial 187 de 13 de Enero del 2006 .

Art. 36.- Si después de la consulta en el nivel de Área de Salud o en el Hospital, la persona requiere internación (en el hospital provincial, regional o nacional), podrá ingresar solamente con referencia, excepto los casos de emergencia.

Art. 37.- En todos los casos en los que se requiere referencia para la atención, es decir consulta especializada e internación, tal requisito será establecido progresivamente, de manera tal que a partir del primero de julio de 1999 esta disposición tendrá una aplicación general.

Art. 38.- Si, de todas maneras, alguna persona desea recibir atención directa en el hospital (provincial, regional o nacional), sin referencia de unidades de menor complejidad, cancelará el doble del valor establecido para consulta de especialidad, con un límite máximo de 4 USD.

Nota: Artículo reformado por Acuerdo Ministerial No. 761, publicado en Registro Oficial 187 de 13 de Enero del 2006 .

Art. 39.- Si la persona que ingresa al hospital pertenece a grupos de atención gratuita o es beneficiaria del Bono de Desarrollo Humano, recibirá atención sin costo, incluyendo exámenes y medicación.

Nota: Artículo reformado por Acuerdo Ministerial No. 761, publicado en Registro Oficial 187 de 13 de Enero del 2006 .

Art. 40.- Si la persona que consulta no es beneficiaria del Bono de Desarrollo Humano ni pertenece a otros grupos de atención gratuita, recibirá atención (incluyendo exámenes y medicación) y cancelará un valor dependiendo del grupo socioeconómico en que está ubicado, luego de la valoración correspondiente. El tarifario referencial de las prestaciones, a ser ajustado localmente, consta en el Anexo No. 1 de este Acuerdo. Las tarifas referenciales establecidas corresponden al rubro de insumos y medicamentos de la tensión, toda vez que los pagos de personal y otros componentes del costo están subsidiados por el Estado.

Nota: Artículo reformado por Acuerdo Ministerial No. 761, publicado en Registro Oficial 187 de 13 de

Enero del 2006 .

Art. 41.- La aplicación de la encuesta socioeconómica (en base a los criterios que constan en el Anexo No. 2 de este Acuerdo, a ser ajustados localmente) determinará la clasificación de la persona en cinco grupos, que pagarán valores diferenciados, de la siguiente manera:

- A: Atención gratuita;
- B: Paga el 25% de la tarifa establecida;
- C: Paga el 50% de la tarifa establecida;
- D: Paga el 100% de la tarifa establecida; y,
- E: Paga el 100% del costo total de la prestación.

Art. 42.- La modalidad de venta de servicios a afiliados al IESS, Fuerzas Armadas, Policía Nacional, Aseguradoras Privadas, Empresas Privadas y otras, se regirá por lo estipulado en los respectivos convenios que para el efecto se suscribirán entre el hospital o área de salud y las instituciones interesadas. En estos casos, así como en los de atención a personas con suficiente capacidad económica se recuperará el 100% del costo total de la atención.

Art. 43.- Los valores correspondientes a tarifas tendrán una vigencia anual y serán revisados con la misma periodicidad, sobre la base de la normativa nacional.

Art. 44.- Las prestaciones de emergencia se atenderán sin restricciones de conformidad con lo establecido en la Ley del Paciente. Dependiendo de su evolución se podrá realizar una posterior definición de posibles aportantes, según capacidad diferencial de pago.

CAPITULO VI PROCEDIMIENTO PARA LA RECAUDACION

Art. 45.- El Director del Hospital o Jefe de Area de Salud podrá implementar mecanismos de abonos parciales u otros procedimientos alternativos para pacientes hospitalizados que permitan cumplir con la recaudación sin afectar el proceso evolutivo del paciente.

Art 46.- Para la recaudación, depósito y administración de los fondos autogenerados, las diferentes Unidades Ejecutoras seguirán el procedimiento determinado en el Acuerdo de Finanzas No. 018 de 18 de marzo de 1999.

Art. 47.- La recaudación de los valores autogenerados serán realizados por la Unidad de Tesorería o quien haga sus veces, en lo posible a través de una agencia bancaria que ofrezca las seguridades necesarias, utilizando formularios prenumerados, los mismos que contendrán la información básica útil para el registro contable y control respectivo.

Terminada la recaudación del día, se procederá a realizar el respectivo arqueo de caja, y se dispondrá la realización del depósito en las cuentas bancarias correspondientes.

Art. 48.- Los depósitos serán realizados en las cuentas bancarias correspondientes de forma inmediata, luego de su recaudación.

DISPOSICIONES GENERALES

Art. 49.- Las Autoridades del Ministerio de Salud Pública y de las Direcciones Provinciales de Salud, dispondrán en cualquier tiempo, a través de personal especializado del Departamento Financiero, la realización de arqueos sorpresivos, supervisión y evaluación de la correcta administración de los fondos autogenerados.

En igual forma, la administración de los citados fondos, estarán sujetos a las respectivas auditorías y

exámenes especiales por parte de la Contraloría General del Estado, Auditoría Interna del Ministerio de Salud Pública y de la comunidad a través de sus representantes en el Comité de Gestión.

Art. 50.- Derógase el Acuerdo Ministerial No. 4698 de 27 de febrero de 1981 y todos los Acuerdos Ministeriales relacionados con el establecimiento y funcionamiento de los Comités de Desarrollo Institucional, Cogestión y Autogestión Gerencial en los Hospitales y Areas de Salud; y, otros de igual o menor jerarquía que se opongan, a fin de estandarizar su rol y los procedimientos de aplicación.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Art. 51.- En las Areas de Salud, el rol y competencia asignado al Comité de Modernización será asumido por la Unidad Ampliada de conducción del Area.

Art. 52.- Los Comités Locales de Salud de los respectivos subcentros mantendrán la representación ciudadana y el control social de la gestión, en el ámbito de su jurisdicción.

Art. 53.- En un plazo no mayor a 60 días el Manual de Organización y Funcionamiento de las Areas de Salud será reformulado a fin de que se adecue a la política y contenidos de este Reglamento.

Art. 54.- Los actuales Directores de Hospitales o Jefes de Areas de salud permanecerán en sus cargos, debiendo promover la conformación de Comités de Participación Social y Control de la Gestión, en un plazo no mayor de 3 meses.

REGLAMENTO AL DECRETO EJECUTIVO 502

FUNCIONAMIENTO DE COMITES DE PARTICIPACION SOCIAL Y CONTROL DE LA GESTION EN SERVICIOS DE SALUD

ANEXO No. 1 TARIFARIO REFERENCIAL

ANEXO No. 2 CRITERIOS PARA CATEGORIZACION SOCIOECONOMICA

Nota: Para leer Anexos, ver Registro Oficial 198 de 26 de Mayo de 1999, página 9.

Nota: Anexo No. 1 sustituido por Acuerdo Ministerial No. 761, publicado en Registro Oficial 187 de 13 de Enero del 2006 . Para leer reformas, ver Registro Oficial 187 de 13 de Enero de 2006, página 11.