

**Resolución Nro. IESS-DG-2022-0046-RA**

**Quito, D.M., 20 de diciembre de 2022**

**INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL**

**LIC. DIEGO SALGADO RIBADENEIRA  
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL**

**Considerando:**

**Que**, la Constitución de la República del Ecuador señala:

Artículo 32.- “(...) *La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. // El Estado garantizará este derecho 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, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (...)*”.

Artículo 83.- “(...) *Son deberes y responsabilidades de las ecuatorianas y los ecuatorianos, sin perjuicio de otros previstos en la Constitución y la ley: 1. Acatar y cumplir la Constitución, la ley y las decisiones legítimas de autoridad competente (...)*”.

Artículo 226.- “(...) *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 (...)*”.

Artículo 361.- “(...) *El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector (...)*”.

**Que**, la Ley de Derechos y Amparo al Paciente indica:

Artículo 8.- “(...) *todo paciente en estado de emergencia debe ser recibido inmediatamente en cualquier centro de salud, público o privado, sin necesidad de pago previo (...)*”.

Artículo 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 él, el pago de los servicios de salud que recibió (...)*”.

**Que**, la Ley de Seguridad Social reza:

Artículo 30.- “(...) **REPRESENTACIÓN LEGAL.** - *El Director General ejerce la representación legal, judicial y extrajudicial, y la titularidad para el ejercicio de la jurisdicción coactiva del IESS, en todo el territorio nacional, directamente o por delegación al Director Provincial competente (...)*”.

Artículo 32.- “(...) **ATRIBUCIONES Y DEBERES.** - *El Director General es funcionario de libre nombramiento, designado por el Consejo Directivo para un período de cuatro (4) años, y podrá ser reelegido por una sola vez, con los siguientes deberes y atribuciones: a. Representar judicial y extrajudicialmente al Instituto; (...)*”.

**Que**, la Norma técnica sustitutiva de relacionamiento para la prestación de servicios de salud entre instituciones

## Resolución Nro. IESS-DG-2022-0046-RA

Quito, D.M., 20 de diciembre de 2022

de la red pública integral de salud y de la red privada complementaria, y su reconocimiento económico / Acuerdo Ministerial 091-2017 establece:

Artículo 2.- “(...) *Ámbito.- Esta norma es de aplicación obligatoria para todos los financiadores/aseguradores y prestadores de servicios de salud de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria, el Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito -SPPAT- y compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros que oferten cobertura y de seguros de asistencia médica en su relacionamiento con las instituciones de la Red Pública Integral de Salud y sus usuarios. Se aplicará en todo el territorio ecuatoriano. // Para casos de derivación internacional se utilizará la Norma específica para la materia, emitida por la Autoridad Sanitaria Nacional (...)*”.

Artículo 6.- “(...) *Gratuidad. - Los prestadores de servicios de salud que reciban usuarios/pacientes por derivación de la Red Pública Integral de Salud, brindarán la atención sin requerir ningún pago, abono a cuenta, garantía o algún otro tipo de compromiso económico como: cheque, letra de cambio, contrato, voucher de tarjeta de crédito o equivalentes, ni siquiera como contribución voluntaria. Igualmente, los prestadores de servicios de salud no podrán solicitar a los usuarios/pacientes de la Red Pública Integral de Salud, que realicen adquisiciones directas o por terceros, de medicamentos o dispositivos médicos, o el pago por algún servicio brindado. Esto incluye los diferentes componentes sanguíneos (...)*”.

Artículo 23.- “(...) *Derivación para atención por emergencia. - Los pacientes por su condición de salud podrán ser atendidos a través del servicio de emergencia, mediante derivación, atención pre-hospitalaria o auto-derivación. // Los prestadores de servicios de salud públicos y privados, en todos los casos, brindarán atención inmediata a los usuarios/pacientes, sin que para ello medie la presentación de documento o trámite administrativo alguno, anteponiendo la necesidad médica y el beneficio del paciente (...)*”.

Artículo 24.- “(...) *Reporte y notificación de la derivación. - Dentro del primer día laborable, posterior a la recepción del paciente por el servicio de emergencia, los prestadores deberán solicitar que el paciente, sus familiares o su acompañante, exprese si es afiliado al IESS, ISSPOL, ISSFA; y/o, si cuenta con cobertura de compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada o de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica. // Dentro del término de tres (3) días laborables, posteriores al ingreso del paciente, el establecimiento de salud notificará de manera obligatoria a la entidad financiadora responsable del paciente, sea ésta: compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada o de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, IESS, ISSFA, ISSPOL, MSP, de tal forma que pueda cumplirse el proceso de validación de la cobertura y de prelación de pagos. Independientemente de que el establecimiento de salud, haya o no cumplido con esta obligación, el familiar o acompañante del usuario/paciente, podrá dar aviso de manera directa a la entidad financiadora/aseguradora, de tal forma que pueda cumplirse el proceso de validación de cobertura y prelación de pago. // La institución financiadora/aseguradora, dentro de tres (3) días laborables posteriores a la notificación, remitirá únicamente a los establecimientos de salud privados, el código de validación en físico o vía electrónica que garantice la aceptación de pago por las prestaciones de salud brindadas al paciente. // La falta de notificación por parte del prestador del servicio de salud y la emisión de la autorización por parte de la institución financiadora, no será un factor que retrase o impida el inicio de tratamientos o procedimientos médicos requeridos por el usuario/paciente, siendo injustificado cualquier retraso en la atención. Los establecimientos de salud no deben demorar la atención a juicio propio, ya que en el proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud se verificará su pertinencia, precisando que no es facultad del equipo de relacionamiento definir la emergencia (...)*”.

Artículo 26.- “(...) *Auto-derivación. - Se considera cuando un paciente llega a un establecimiento de salud público o privado sin un proceso de derivación, sea al servicio de emergencia o al de consulta externa. // Para las auto derivaciones de pacientes usuarios beneficiarios de la RPIS a establecimientos de salud de la RPIS, se reconocerá el pago de las prestaciones brindadas en el servicio de emergencia, en consulta externa o ambulatorio, sean o no emergentes. Es responsabilidad del establecimiento de salud dar la atención integral que el paciente requiere conforme su necesidad. // En las auto derivaciones a la Red Privada Complementaria, se autoriza la cobertura para los casos auto-derivados de pacientes en condiciones que se ajusten a los criterios de prioridad I y II del triage, denominado "Sistema de Triage Manchester MTS modificado", adoptado por la Autoridad Sanitaria Nacional. // Es responsabilidad del establecimiento de salud realizar el triage de las emergencias que recibe y atender al paciente conforme su necesidad. En los establecimientos de la RPIS, el triage respalda la definición de la condición de emergencia y justifica el pago de las prestaciones dadas. // En*

## Resolución Nro. IESS-DG-2022-0046-RA

Quito, D.M., 20 de diciembre de 2022

los casos de auto derivación no se requerirá la presentación del Formulario 053. Aplica a todos los usuarios/pacientes de la RPIS, incluyendo los de coberturas compartidas de la Seguridad Social. // En los casos de pacientes con coberturas compartidas, el subsistema que dará la cobertura del 100% entregará el código de validación (si la derivación es a un prestador privado), sin desconocer o desautorizar el criterio técnico de la derivación. Si es a un subsistema público, el prestador informará de la atención al financiador del 100% de la atención; no será necesario que el establecimiento de salud que recibe al usuario/paciente requiera la presentación del código de validación o de certificación de cobertura del otro u otros financiadores/aseguradores. // El código entregado por el subsistema financiador de la prestación respalda el servicio y su pago (...)

Artículo 37.- "(...) Remisión de documentos. - Los prestadores para el trámite de pago de las prestaciones de salud, enviarán la documentación a las instituciones financiadoras/aseguradoras, responsables de los usuarios/pacientes, de acuerdo al siguiente detalle; (...) 2. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social: (...)".

**Que**, el Reglamento para el pago por servicios de salud en casos de emergencia concedidos por prestadores externos a los asegurados / Resolución IESS Nro. C.D. 317 expone:

Artículo 1.- "(...) OBJETO. - Estas normas regulan el procedimiento a aplicarse para el pago de valores ocasionados por la atención médica a asegurados del Seguro General Obligatorio y voluntarios, así como a beneficiarios con derecho, atendidos en situaciones de emergencia por unidades médicas o profesionales de la salud ajenos al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Se considera emergencia a toda contingencia de gravedad que afecta 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 (...)"

Artículo 2.- "(...) CALIFICACION DE LA EMERGENCIA. - El estado de emergencia del paciente será calificado por el servicio de salud al momento de su arribo, de acuerdo con lo previsto por el artículo 10 de la Ley de Derechos y Amparo al Paciente. Para la calificación de la emergencia de Nivel 1 y Nivel 2, se usará el sistema de priorización del daño denominado TRIAJE, conforme el anexo que forma parte integrante de este reglamento. // El paciente que no corresponda a los niveles de atención de emergencia señalados en el inciso anterior, deberá acudir para su tratamiento al servicio ambulatorio de los prestadores de servicios de salud registrados en el IESS, de acuerdo con los procedimientos establecidos en el "Reglamento para la Atención de Salud Integral y en Red de los Asegurados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (...)"

Artículo 3.- "(...) PROCEDENCIA DEL PAGO. - El pago al prestador por las atenciones de emergencia efectuadas al afiliado, jubilado o beneficiario, se realizará hasta por el monto fijado en el tarifario aprobado por el IESS y de conformidad con lo dispuesto en la Ley de Derechos y Amparo al Paciente y en la Ley Orgánica de Salud." Art. 4.- "DOCUMENTOS PARA EL PAGO. - El asegurado, por sí o por interpuesta persona, o el prestador del servicio, deberá comunicar el hecho emergente en las dependencias provinciales de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar del IESS, mediante documento físico, facsímil, internet o cualquier otro medio, hasta tres (3) días hábiles luego de producida la emergencia. Dentro de los ocho (8) días hábiles luego de atendida la emergencia, el prestador deberá remitir al IESS los siguientes documentos: - Solicitud de pago en el formulario elaborado por el SGSIF, adjuntando fotocopia de la cédula de identidad/ciudadanía o pasaporte del asegurado. (En énfasis me corresponde). - Copia certificada de la licencia profesional o permiso de funcionamiento del prestador (para prestadores no calificados). - Copia certificada del expediente clínico conferido por la unidad médica donde fue atendido el paciente, el mismo que contendrá:

formulario de emergencia, protocolo operatorio y otros documentos clínicos, según el caso, y epicrisis de egreso. En caso de que el paciente continúe hospitalizado, se actualizará la epicrisis. - Factura en la que se incluirán la lista de cargos por atención al paciente (...)"

Artículo 6.- "(...) MONTOS DE PAGO. - En el caso de prestadores que no mantengan convenio con el Seguro General de Salud Individual y Familiar, los pagos se efectuarán conforme al Tarifario del Seguro General de Salud Individual y Familiar, excepto cuando el paciente continuare hospitalizado o sufre complicaciones, en cuyo caso, previa la facturación de los servicios prestados, la dependencia provincial del SGSIF analizará la posibilidad de traslado a una unidad médica del IESS (...)"

**Que**, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social es una entidad pública descentralizada, creada por la Constitución de la República del Ecuador, provista de autonomía normativa, técnica, administrativa, financiera y presupuestaria, con personería jurídica y patrimonio propio, cuyo objeto indelegable es la prestación del

## Resolución Nro. IESS-DG-2022-0046-RA

Quito, D.M., 20 de diciembre de 2022

Seguro General Obligatorio en todo el territorio nacional.

**Que**, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social al igual que las demás instituciones que comprenden el sector público no podrá ejercer otras atribuciones ni desempeñar otras actividades que las establecidas en la Constitución de la República, en la ley y resoluciones expedidas por uno de sus Órganos de Gobierno y Dirección, como es el Consejo Directivo.

**Que**, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social prestará el servicio de salud a través de sus unidades médicas o profesionales de la salud de los establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria, para este último caso, los prestadores de salud externos que reciban pacientes por derivación de la Red Pública Integral de Salud, brindarán la atención sin requerir pago alguno; asimismo, dichos prestadores no podrán solicitar a los usuarios/ o pacientes de la Red Pública Integral de Salud, que realicen adquisiciones de medicamentos o dispositivos médicos, de acuerdo a lo prescrito en el artículo 6 de la Norma Técnica Sustitutiva de Relacionamento para la Prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria, y su Reconocimiento Económico (Acuerdo Ministerial Nro. 91-2017).

**Que**, el Reglamento para el pago por servicios de Salud en casos de emergencia concedidos por prestadores externos a los asegurados, contenido en la Resolución Nro. C.D. 317 expedida el 10 de mayo de 2010 por el Consejo Directivo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, regula el trámite para el pago de valores generados por la atención médica a los asegurados del Seguro General Obligatorio y voluntarios, así como a los beneficiarios con derecho, que has sido atendidos en situaciones de emergencia por unidades médicas o profesionales de la salud ajenos al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, de acuerdo al artículo 1 del referido reglamento.

**Que**, en el caso de que los prestadores de salud externos no mantengan convenio con el Seguro General de Salud Individual y Familiar, los pagos se efectuarán de conformidad con el Tarifario del Seguro General de Salud Individual y Familiar, en concordancia con el artículo 6 del Reglamento para el pago por servicios de Salud en casos de emergencia concedidos por prestadores externos a los asegurados.

**Que**, la Ley de Derechos y Amparo al Paciente, en sus artículos 8 y 9 guardan estrecha concordancia con las disposiciones contenidas en la Norma Técnica Sustitutiva de Relacionamento para la Prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria, y su Reconocimiento Económico (Acuerdo Ministerial Nro. 91-2017), en cuanto a la obligatoriedad de toda casa de salud, pública o privada, de recibir inmediatamente a todo paciente en estado de emergencia, sin exigir pago alguno.

**Que**, el artículo 24 de la Norma Técnica Sustitutiva de Relacionamento para la Prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria, y su Reconocimiento Económico (Acuerdo Ministerial Nro. 91-2017), obliga a los prestadores de salud externos, dentro del primer día, a consultar al paciente o a quien lo acompañe, si se encuentra afiliado al IESS, ISSPOL, ISSFA; y/o, si cuenta con cobertura de compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada o de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica; de la misma manera, dispone que, en el caso que el prestador externo de salud no realice la notificación la deben hacer los familiares o acompañantes del usuario/paciente, dentro del término de tres (3) días laborables a partir de la emergencia, quienes podrán dar aviso de manera directa a la entidad financiadora/aseguradora (IESS), de tal forma que pueda cumplirse el proceso de validación de cobertura y prelación de pago.

**Que**, el Reglamento para el pago por servicios de salud en casos de emergencia concedidos por prestadores externos a los asegurados (Resolución Nro. C. D. 317) señala claramente en su artículo 4 que el asegurado, por sí o por interpuesta persona, o el prestador del servicio, deberá comunicar el hecho emergente en las dependencias provinciales de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar del IESS, mediante documento físico, facsímil, internet o cualquier otro medio, hasta tres (3) días hábiles luego de producida la emergencia, y que dentro de los ocho (8) días hábiles luego de atendida la emergencia se deberán

## Resolución Nro. IESS-DG-2022-0046-RA

Quito, D.M., 20 de diciembre de 2022

remitir los documentos para el pago. Sin embargo, en el caso de la Sra. Gina del Rocío Velastegui Maldonado se notificó al IESS después de la fecha límite. Por lo tanto, el IESS ha actuado conforme la normativa vigente, al negar el reembolso de gastos solicitado, por no procedente.

**Que**, se ha podido evidenciar que en el caso de la Sra. Gina del Rocío Velastegui Maldonado, se ha solicitado al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, el reembolso de un valor ya pagado (el pago se realiza únicamente a los establecimientos de salud, no a los afiliados), sin previamente cumplir con lo dispuesto en las normativas invocadas.

**Que**, el recurso presentado por la Sra. Gina del Rocío Velastegui Maldonado, carece de fundamento, en razón que del análisis efectuado se concluye que para realizar el pago de auto-derivaciones se debe cumplir con las disposiciones legales citadas en la BASE LEGAL del presente informe, pues este es el marco normativo que las regula, por lo que el IESS no puede conceder peticiones que estén fuera de la ley.

**Que**, el artículo 4.- DOCUMENTOS PARA EL PAGO del Reglamento para el pago por servicios de salud en casos de emergencia concedidos por prestadores externos a los asegurados (Resolución Nro. C. D. 317) es claro, al exponer que: "(...) *El asegurado, por sí o por interpuesta persona, o el prestador del servicio, deberá comunicar el hecho emergente en las dependencias provinciales de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar del IESS, mediante documento físico, facsímil, internet o cualquier otro medio, hasta tres (3) días hábiles luego de producida la emergencia. Dentro de los ocho (8) días hábiles luego de atendida la emergencia, el prestador deberá remitir al IESS los siguientes documentos: - Solicitud de pago en el formulario elaborado por el SGSIF, adjuntando fotocopia de la cédula de identidad/ciudadanía o pasaporte del asegurado. (En énfasis me corresponde). - Copia certificada de la licencia profesional o permiso de funcionamiento del prestador (para prestadores no calificados). - Copia certificada del expediente clínico conferido por la unidad médica donde fue atendido el paciente, el mismo que contendrá: formulario de emergencia, protocolo operatorio y otros documentos clínicos, según el caso, y epicrisis de egreso. En caso de que el paciente continúe hospitalizado, se actualizará la epicrisis. - Factura en la que se incluirán la lista de cargos por atención al paciente (...)*". Es por esta razón que el requerimiento realizado por la Sra. Gina del Rocío Velastegui Maldonado, al no cumplir con lo establecido en la normativa señalada, se torna improcedente.

**Que**, mediante Acción de Personal Nro. SDNGTH-2022-1923-NJS, que rige a partir del 16 de agosto de 2022, suscrito por el Director Nacional de Servicios Corporativos del IESS, fui nombrado Director General del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social;

**Que**, mediante documento Nro. IESS-SDNGD-2022-60133-E, de 09 de noviembre de 2022, la Sra. Gina del Rocío Velastegui Maldonado, informa de la atención médica realizada a la Sra. María Luisa Maldonado Lasso en la NOVACLÍNICA DEL VALLE, solicitando a esta Coordinación: "(...) *sean reconocidos los gastos que la Clínica facturó en esta emergencia (...)*".

**Que**, con memorando Nro. IESS-CPPSSP-2022-13687-M de 10 de noviembre de 2022, suscrito por la Abg. Erika Ron T., Abogada de la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Pichincha en su análisis establece: "(...) *El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, al ser una institución pública, creada por la Constitución de la República, y cuyo actuar, entre otras cosas, va encaminado a la prestación de servicios de salud, está obligado por la norma ibídem, así como por los demás cuerpos normativos pertinentes, a brindar el servicio de salud únicamente a través de sus unidades médicas y los demás establecimientos y profesionales acreditados y vinculados mediante convenio o contrato con la Administradora del Seguro General de Salud Individual y Familiar del IESS; sin que sus afiliados, tengan obligación alguna de cubrir ningún tipo de emolumento, de conformidad con lo previsto en el artículo 6 del Acuerdo Ministerial 91-2017. // Sin embargo, para casos extraordinarios en los que, el sujeto de protección por emergencia requiriese atención médica con profesionales o en establecimientos prestadores del servicio de salud particulares, se encuentra amparado por la Resolución C.D. 317, que regula el "Reglamento para el pago por servicios de Salud en casos de emergencia concedidos por prestadores externos a los asegurados (...)*. De la información proporcionada por el solicitante, se desprende que, la paciente Sra. María Luisa Maldonado Lasso, ingresó por emergencia a la NOVACLÍNICA DEL VALLE, conforme consta en los documentos conferidos para el efecto; sin embargo de lo cual, el

## Resolución Nro. IESS-DG-2022-0046-RA

Quito, D.M., 20 de diciembre de 2022

*contingente, es decir, el ingreso de la paciente en el establecimiento de salud externo, no fue notificado a esta institución en el tiempo establecido en la norma, es decir hasta 3 días término después de lo acontecido para que esta institución de inicio al trámite administrativo, con la consecuente emisión del código de derivación; de igual manera, informa que el pago por la atención ha sido realizado ya de manera directa al prestador de salud externo que la atendió. (...). Por lo expuesto el hecho emergente una vez ingresada la paciente en la NOVACLÍNICA DEL VALLE, no fue comunicado a la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Pichincha del IESS, por los familiares, ni por el prestador, dentro de los días hábiles como establece la normativa emitida por el Ministerio de Salud Pública (principio constitucional), así como de la Resolución C.D. 317 del Consejo Directivo del IESS, además ésta dependencia no tuvo conocimiento de lo ocurrido, ratificándose que dentro del tiempo previsto no se ha realizado gestión alguna para emisión del código de validación de conformidad a la normativa anteriormente descrita (...). En este contexto y dentro de lo referente al pago por servicios de Salud en casos de emergencia concedidos por prestadores externos a los asegurados del IESS, esta Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud de Pichincha lejos de contravenir los preceptos jurídicos constitucionales así como tampoco transgrediendo el derecho que en calidad de afiliado o beneficiario de la Seguridad Social le pueda asistir al peticionario, únicamente está aplicando lo establecido en la normativa legal vigente, con fundamento principalmente en el hecho de que para acceder a cualquier tipo de servicio o beneficio por generalidad, se deben cumplir con los requerimientos establecidos previamente, razones por las cuales la presente solicitud de reembolso de gastos no puede ser atendida favorablemente. (...)*

**Que**, con oficio Nro. IESS-CPPSSP-2022-2169-O de 11 de noviembre de 2022, suscrito por la Dra. María Fernanda Racines Romero, entonces Coordinadora Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Pichincha, encargada, que en su parte medular establece: “(...) El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, al ser una institución pública, creada por la Constitución de la República, y cuyo actuar, entre otras cosas, va encaminado a la prestación de servicios de salud, está obligado por la norma *ibidem*, así como por los demás cuerpos normativos pertinentes, a brindar el servicio de salud únicamente a través de sus unidades médicas y los demás establecimientos y profesionales acreditados y vinculados mediante convenio o contrato con la Administradora del Seguro General de Salud Individual y Familiar del IESS; sin que sus afiliados, tengan obligación alguna de cubrir ningún tipo de emolumento, de conformidad con lo previsto en el artículo 6 del Acuerdo Ministerial 91-2017 (...) En virtud de los antecedentes de hecho presentados, del informe emitido mismo que se encuentra enmarcado en la normativa legal vigente y del análisis realizado del presente caso, esta Coordinación determina que su solicitud no puede ser atendida favorablemente. (...)”.

**Que**, con documento externo Nro. IESS-SDNGD-2022-61526-E ingresado el 16 de noviembre de 2022, la Sra. Gina del Rocío Velasteguí Maldonado con C.C. 1705033767, manifiesta: “(...) Acuso y agradezco que se me haya enviado copia del Memorando interno N° IESS-CPPSSP-2022-13687-M, que con fecha 10 de noviembre dirige a Ud. La Espc. Erika Graciela Ron Trujillo (abogada) y al respecto debo manifestar lo siguiente: // La mencionada profesional, en largas páginas, cita diversas normas y disposiciones legales, que incluso arrancan desde la Constitución de la República, que en resumen dejan en claro el derecho de los ciudadanos de este país, a recibir atención a su salud en establecimientos públicos y/o privados, sin restricción alguna, máxime si se trata de situaciones de emergencia, en las que peligra la vida del paciente. (...) Por lo expuesto, estimo que hay un error en la aplicación del término de tres días, que es el centro de la argumentación desarrollada por la Dra. Ron, pues como no podría ser de otra manera, ninguna de las normas que cita, ni de sus argumentos, niegan el derecho de esta afiliada en condición de jubilada. // Así las cosas, solicito ser atendido en mi pedido, y si deben hacer un pago a nombre del centro de salud, asumo que ellos no se negarán a colaborar en ello, pues por lo que me he ilustrado por el memorando de la Dra. Ron, ellos debieron hacer esta diligencia y debieron hacerlo con la experticia y diligencia que debieron tener y no dejarme sola en esta situación (...)”.

**Que**, mediante memorando Nro. IESS-CPPSSP-2022-13971-M, de fecha 20 de noviembre de 2022, el Mgs. Josue Joel Baldospin Campi en su calidad de COORDINADOR PROVINCIAL DE PRESTACIONES DEL SEGURO DE SALUD PICHINCHA, ENCARGADO, realiza el traslado del documento Nro. IESS-SDNGD-2022-61526-E, en relación al recurso de impugnación interpuesto por la Sra. Gina del Rocío Velasteguí Maldonado, para lo cual, adjunta el expediente físico constante en 16 fojas útiles.

## Resolución Nro. IESS-DG-2022-0046-RA

Quito, D.M., 20 de diciembre de 2022

**Que**, a través de memorando Nro. IESS-CPAJP-2022-1743-M de 12 de diciembre de 2022, el Esp. Leonardo Javier Saldarriaga Cantos, Coordinador Provincial de Asesoría Jurídica Pichincha, recomendó: "(...) *DESESTIMAR el recurso de apelación interpuesto por la Sra. Gina del Rocío Velastegui Maldonado, al no cumplir con lo establecido en la normativa señalada(...)*". En consecuencia, con la motivación expuesta en el memorando Nro. IESS-CPAJP-2022-1743-M, la documentación anexa al expediente y las consideraciones realizadas, se acoge la recomendación de la Coordinación Provincial de Asesoría Jurídica Pichincha; y, por lo tanto, en ejercicio de mis atribuciones de conformidad al artículo 32, letra a) de la Ley de Seguridad Social, esta Autoridad:

### RESUELVE:

- 1.- DESESTIMAR** el recurso de apelación interpuesto por la Sra. Gina del Rocío Velastegui Maldonado.
- 2.- NOTIFICAR** con el contenido de la presente resolución al recurrente.

### *Documento firmado electrónicamente*

Lcdo. Diego Salgado Ribadeneira

**DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL**

#### Referencias:

- IESS-CPAJP-2022-1743-M

#### Copia:

Señor Especialista  
Leonardo Javier Saldarriaga Cantos  
**Coordinador Provincial de Asesoría Jurídica Pichincha**

Señor Ingeniero  
Lenin Paul Villamarin Ortega  
**Oficinista**

dz/lsp/ao