



Ministerio de Salud Pública

No. 00001124

**EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA**

**CONSIDERANDO**

**Que;** la Constitución de la República del Ecuador ordena:

“**Art. 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.”;

“**Art. 363.**- El Estado será responsable de: ... 7. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales. ... ”;

**Que;** la Ley Orgánica de Salud manda:

“**Art. 6.**- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: ... 6. Formular políticas y desarrollar estrategias y programas para garantizar el acceso y la disponibilidad de medicamentos de calidad, al menor costo para la población con énfasis en programas de medicamentos genéricos. ... ”;

“**Art.154.**-El Estado garantizará el acceso y disponibilidad de medicamentos de calidad y su uso racional, priorizando los intereses de la salud pública sobre los económicos y comerciales. ... ”;

**Que;** el proceso de control relativo a la administración de los recursos materiales y financieros del sector público se rige bajo las políticas, instrumentos y normas del Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas y la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado;

**Que;** mediante Acuerdo Ministerial N°00000569 del 06 de julio del 2011, se expidió el Reglamento para la Gestión del Suministro de Medicamentos y Control Administrativo financiero.;

**Que;** con memorando No. MSP-SVS-10-2011-0110 de 5 de octubre del 2011, la Dirección de Control y Mejoramiento en Vigilancia Sanitaria solicita la elaboración del presente Acuerdo Ministerial; y



Ministerio de Salud Pública

00001124

**EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES CONCEDIDAS POR LOS ARTÍCULOS 151 Y 154 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y EL ART. 17 DEL ESTATUTO DEL RÉGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA**

**ACUERDA:**

**CAPITULO I**

**EXPEDIR EL PRESENTE INSTRUCTIVO PARA EL USO DE LA RECETA MÉDICA**

**Art. 1.-** El objeto del presente instructivo es regular y controlar la prescripción y dispensación de los medicamentos y dispositivos médicos en las Unidades de Salud del Ministerio de Salud Pública.

**Art. 2.-** La receta médica es un documento asistencial y de control, que permite la comunicación entre el prescriptor, dispensador y paciente, constituye también el documento de control administrativo cuando se requiera.

**Art. 3.-** Están autorizados para prescribir los profesionales: médicos, odontólogos y obstetras, estrictamente los medicamentos de su especialidad, respetando los niveles de prescripción conforme lo señala el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos vigente.

**Art 4.-** La receta cumplirá con todas las disposiciones emitidas en el Reglamento para la Gestión del Suministro de Medicamentos y Control Administrativo y Financiero expedido mediante Acuerdo Ministerial N°00000569 del 06 de julio del 2011, la misma que será el único documento válido para retirar el medicamento o dispositivo médico de la farmacia de la Unidad de Salud respectiva.

**Art.5.-** La prescripción será de un medicamento por receta, escrito con letra legible, con nombre genérico, sin siglas ni abreviaturas, describiendo el medicamento con la forma farmacéutica, concentración y cantidad a dispensar en números y letras, validada con la firma y el sello del prescriptor. De no cumplirse con estos elementos, no se dispensará el medicamento prescrito. Igualmente la prescripción de uno o más dispositivos médicos se realizará en la receta del color respectivo.

**CAPÍTULO II**

**CARACTERÍSTICAS DE LA RECETA**

**Art.6.-** Dependiendo del servicio donde haya sido atendido el o la paciente o beneficiario, obligatoriamente se prescribirá en la receta del color correspondiente,



así: para atención ambulatoria de color celeste, hospitalización de color rosado y emergencia de color amarillo.

Para los pacientes hospitalizados que han sido dados de alta y se requiera emitir receta, la prescripción se realizará en la receta celeste, que corresponde a pacientes ambulatorios.

**Art. 7.-** El modelo de receta que se muestra de forma gráfica en el Anexo 1, deberá medir 17 cm. de ancho y 14 cm. de largo y tener impresa la siguiente información:

**I.- Encabezado:**

**A Datos administrativos:**

1. Logo del Ministerio de Salud Pública.
2. Nombre de la provincia, unidad ejecutora, unidad operativa.
3. Fecha: debe anotar la fecha de elaboración de la receta, en la siguiente forma: dos dígitos para el día, dos para el mes y cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa).
4. Número de la receta.

**B.- Datos del paciente:**

5. Nombres y apellidos completos del usuario que demanda el servicio.
6. N° de la Historia Clínica, codificación del CIE10 del diagnóstico presuntivo. En el caso de atención en emergencia se pondrá el número de la hoja 008. En pacientes hospitalizados se pondrá también el servicio y el número de cama.
7. Documento de identidad (cédula o pasaporte, en caso de extranjero señalar la nacionalidad).
8. Edad en años y meses.
9. Sexo: masculino, femenino.

**II.- Cuerpo de la receta:**

10. Debe registrarse el nombre genérico del medicamento, o Denominación Común Internacional (DCI), la concentración, forma farmacéutica y la cantidad en números y letras, de un solo medicamento por receta.

11. Pauta: Señalar la dosis, frecuencia y duración del tratamiento

**Ejemplo:** 400 mg, cada 8 h, por 3 días.  
250 mg/5ml, cada 8 h, por 7 días.

ST  
C/16



00001124

Ministerio de Salud Pública

### III.- Pie de la receta:

#### A.- Datos del prescriptor

12. Debe constar la firma y el sello del prescriptor. En el sello debe constar el Libro, Folio y Número de Registro en el Ministerio de Salud Pública, validado en la farmacia de la Unidad Ejecutora respectiva.

#### B.- Indicaciones

13. Las indicaciones, deben ser desprendibles donde constará los siguientes datos:

- a) Nombres y apellidos del usuario.
- b) Fecha y número de receta.
- c) En las indicaciones del prescriptor se describirá con letra clara, legible y sin abreviaturas, la dosis, frecuencia de la administración y duración del tratamiento y al pie consignará su firma y sello nuevamente.
- d) En las indicaciones del farmacéutico o dispensador deberá complementar la información y educación al paciente para optimizar el tratamiento. Señalará con una marca frente al gráfico correspondiente: vía y hora de administración, así como escribirá las advertencias en caso de haberlas.

Nota. Las recetas utilizadas en hospitalización no llevarán la parte desprendible, que corresponde a indicaciones al paciente.

## CAPITULO III

### DE LAS RESPONSABILIDADES

**Art. 8.-** La supervisión del proceso de prescripción y dispensación se realizará comparando entre la receta dispensada (que debe permanecer archivada con su respectiva nota de entrega) y con la correspondiente historia clínica, por lo que es necesario que todos los medicamentos prescritos queden registrados.

**Art. 9.-** Cuando fuere necesario prescribir un medicamento fuera del Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos (CNMB), el prescriptor colocará un sello en la parte superior derecha que diga "Medicamento fuera del CNMB".

**Art. 10.-** En el caso de recetas que no son dispensadas, por ruptura de stock, o que no conste en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos vigente, entre otras, el químico farmacéutico, bioquímico farmacéutico o el auxiliar de farmacia o enfermería capacitado quien será el responsable de la dispensación, registrará diariamente el número de receta, medicamento prescrito y prescriptor y colocará un sello en la receta que diga: **autorizada la dispensación en farmacias privadas.**

SST  
CIC



Ministerio de Salud Pública

00001124

**Art. 11.-** El incumplimiento de las disposiciones emitidas en este Instructivo será sancionado por las autoridades de la institución de acuerdo a lo establecido en la Ley Orgánica de Salud.

**Art. 12.-** Los colores de las recetas señalados en el Art. 27 del Reglamento para la Gestión del Suministro de Medicamentos y Control Administrativo y Financiero, incluye a los programas de Salud Pública, los mismos que deben acatar las disposiciones del presente Instructivo.

**Art. 13.-** Derogase todas las disposiciones de igual o menor jerarquía que contravengan a la aplicación del presente Instructivo.

**Art. 14.-** El presente instructivo entrará en vigencia inmediatamente después de su publicación y de su ejecución encárguese a las Direcciones Provinciales de Salud de todo el país.

DADO EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO, 29 NOV 2011

**Dr. David Chiriboga Allnutt**  
**MINISTRO DE SALUD PÚBLICA**



	Nombre	Area	Cargo	Fecha	Sumilla
Revisado	MAC/EHC	Asesoría Jurídica	Director/Servidora	09/11/2011	
Elaborado	Equipo	Control Sanitario		09/11/2011	









00001124

Ministerio de Salud Pública

## Anexo 1

## MODELO DE RECETA PARA ATENCION AMBULATORIA

		DIRECCION PROVINCIAL DE SALUD DE _____	
UNIDAD EJECUTORA _____		/ UNIDAD OPERATIVA _____	
SERVICIO _____		/ DIA, MES, AÑO _____	
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>		RECETA N° _____	
NOMBRES Y APELLIDOS		H. CLINICA	CIE 10
DOCUMENTO IDENTIDAD:		SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
EDAD: AÑOS: _____	MESES: _____	NACIONALIDAD:	
<b>DATOS DEL MEDICAMENTO</b> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico <input type="checkbox"/>			
NOMBRE GENERICO o DCI, CONCENTRACION, FORMA FARMACEUTICA, CANTIDAD EN NUMEROS Y LETRAS			
<b>DATOS DEL PRESCRIPTOR</b>		<b>PAUTA</b>	
Espacio para el sello y firma del prescriptor ( nombre apellido, especialidad, libro, folio y número)		DOSIS	
		FRECUENCIA	
		DURACIÓN	
<b>INDICACIONES</b>		RECETA N° ..... 	
<b>NOMBRE DEL PACIENTE:</b>		<b>DIA, MES, AÑO:</b>	
<b>PRESCRIPTOR</b>		<b>DISPENSADOR</b>	
DOSIS		VIA DE ADMINISTRACION	
FRECUENCIA		 MAÑANA <input type="checkbox"/> HORA	
DURACION		 MEDIO DIA <input type="checkbox"/> HORA	
FIRMA Y SELLO		 TARDE <input type="checkbox"/> HORA	
		 NOCHE <input type="checkbox"/> HORA	
		ADVERTENCIAS	

Esta receta tiene validez para la entrega de medicamentos, de 5 días para casos crónicos y 2 días para los casos agudos







JTF



Ministerio de Salud Pública

00001124

### MODELO DE RECETA PARA ATENCION DE EMERGENCIA

		DIRECCION PROVINCIAL DE SALUD DE _____	
UNIDAD EJECUTORA _____		/ UNIDAD OPERATIVA _____	
SERVICIO _____		/ DIA, MES, AÑO _____	
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>		RECETA N° _____	
NOMBRES Y APELLIDOS		N° 008	CIE 10
DOCUMENTO IDENTIDAD:		SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
EDAD: AÑOS:      MESES:		NACIONALIDAD:	
<b>DATOS DEL MEDICAMENTO</b>			
NOMBRE GENERICO o DCI CONCENTRACION, FORMA FARMACEUTICA,, CANTIDAD EN NUMEROS Y LETRAS			
<b>DATOS DEL PRESCRIPTOR</b>		<b>PAUTA</b>	
Espacio para el sello y firma del prescriptor ( nombre apellido, especialidad, libro, folio y número)		DOSIS	
		FRECUENCIA	
		DURACION	
<b>INDICACIONES</b>		RECETA N° ..... 	
<b>NOMBRE DEL PACIENTE:</b>		<b>DIA, MES, AÑO:</b>	
<b>PRESCRIPTOR</b>		<b>DISPENSADOR</b>	
DOSIS		VIA DE ADMINISTRACION	
FRECUENCIA		 MAÑANA <input type="checkbox"/> HORA	
DURACION		 MEDIO DIA <input type="checkbox"/> HORA	
FIRMA Y SELLO		 TARDE <input type="checkbox"/> HORA	
		 NOCHE <input type="checkbox"/> HORA	
		ADVERTENCIAS	

Esta receta tiene validez para la entrega de medicamentos, un día


JTF



00001124

Ministerio de Salud Pública

## MODELO DE RECETA PARA HOSPITALIZACION.

 DIRECCION PROVINCIAL DE SALUD DE _____		
UNIDAD EJECUTORA _____ / UNIDAD OPERATIVA _____		
SERVICIO _____ / DIA, MES, AÑO _____		
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>		RECETA N° _____
NOMBRES Y APELLIDOS	H. CLINICA	CIE 10
DOCUMENTO IDENTIDAD:	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
EDAD: AÑOS: MESES:	NACIONALIDAD:	
<b>DATOS DEL MEDICAMENTO</b>		
NOMBRE GENERICO o DCI CONCENTRACION, FORMA FARMACEUTICA,, CANTIDAD EN NUMEROS Y LETRAS		
<b>DATOS DEL PRESCRIPTOR</b>		<b>PAUTA</b>
Espacio para el sello y firma del prescriptor ( nombre apellido, especialidad, libro, folio y número)		DOSIS
		FRECUENCIA
		DURACION

Esta receta tiene validez para la entrega de medicamentos , un día.

STF