



REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

Byron Tobar Silva



DM - San Francisco de Quito, a 11 de mayo de 2016
Oficio No. 015-WGR-CEPDS-AN-2016

Trámite **248238**
Código validación **DKCOBMCQRQ**
Tipo de documento **MEMORANDO INTERNO**
Fecha recepción **11-may-2016 17:51**
Numeración documento **015-wgr-cepds-an 2016**
Fecha oficio **11-may-2016**
Remitente **GARZON RICAURTE WILLIAM ANTONIO**
Función remitente **ASAMBLEISTA**
Revise el estado de su trámite en:
<http://tramites.asambleanacional.gov.ec/dfs/estadoTramite.jsf>

Señora Asambleísta
Gabriela Rivadeneira Burbano
Presidenta de la Asamblea Nacional
En su despacho.-

36. Hojas

De mi consideración:

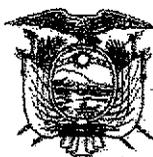
De conformidad con lo dispuesto en los artículos 137 de la Constitución de la República del Ecuador y 61 de la Ley Orgánica de la Función Legislativa, me permito remitir a usted, y por su digno intermedio al Pleno de la Asamblea Nacional, el informe para segundo debate del **"PROYECTO DE LEY ORGÁNICA QUE REGULA A LAS COMPAÑÍAS QUE FINANCIEN SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL PREPAGADA Y A LAS DE SEGUROS QUE OFERTEN COBERTURA DE SEGUROS DE ASISTENCIA MÉDICA"**, a fin de que se dé el trámite constitucional y legal correspondiente.

Hago propicia la ocasión para reiterarle mi consideración y estima.

Atentamente,

Dr. William Garzón Ricaurte
ASAMBLEÍSTA POR SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS
PRESIDENTE DE LA COMISIÓN ESPECIALIZADA PERMANENTE DEL DERECHO A LA SALUD





REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

**INFORME PARA SEGUNDO DEBATE DEL
PROYECTO DE LEY ORGÁNICA QUE REGULA A LAS COMPAÑÍAS QUE FINANCIEN
SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PREPAGADA Y A LAS DE SEGUROS QUE
OFERTEN COBERTURA DE SEGUROS DE ASISTENCIA MÉDICA**

1.- OBJETO

El presente documento tiene por objeto poner en conocimiento del Pleno de la Asamblea Nacional el informe para segundo debate emitido y aprobado por la Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud, respecto del **PROYECTO DE LEY QUE REGULA A LAS COMPAÑÍAS QUE FINANCIEN SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PREPAGADA Y A LAS DE SEGUROS QUE OFERTEN COBERTURA DE SEGUROS DE ASISTENCIA MÉDICA**, en base al análisis, sistematización y procesamiento de las observaciones efectuadas al mismo.

2.- ANTECEDENTES.-

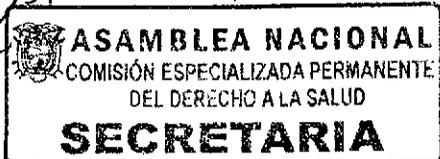
Mediante memorando No. SAN-2013-0928, de fecha 04 de abril de 2014, suscrito por el Doctor. Christian Proaño, Pro-Secretario General de la Asamblea Nacional, se puso en conocimiento del Señor Presidente de la Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud, la resolución adoptada por el Consejo de Administración Legislativa (CAL), el 03 de abril de 2014, mediante la cual se califica el "Proyecto de Ley de Seguros Médicos y Medicina Prepagada", presentado por la Doctora Pamela Falconí, Asambleísta por la provincia de Los Ríos, con oficio N.º 051-PFL-AN-2014, de fecha 25 de marzo de 2014, cuyo trámite se inició a partir del 04 de abril de 2014, fecha de notificación de la referida resolución.

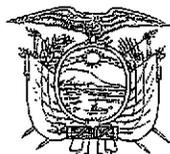
3.- PROCESO DE SOCIALIZACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DE OBSERVACIONES.-

La Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud, en sesión número 126, llevada a cabo el 07 de abril de 2014, avocó conocimiento del referido Proyecto de Ley, dándose inicio al proceso de socialización, poniéndolo en conocimiento de la ciudadanía y de las organizaciones registradas para el efecto, a través del portal web oficial de la Asamblea Nacional.

La Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud, mediante comunicación oficial, puso el Proyecto de Ley de la referencia, en conocimiento de las siguientes instituciones públicas y privadas, a fin de que emitan sus criterios y observaciones: Ministerio de Salud Pública, Organización Mundial de la Salud, Superintendencia de Compañías y Valores, Superintendencia de Bancos y Seguros, Federación Médica Ecuatoriana, Defensoría del Pueblo, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador, Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Escuela de Medicina de la Universidad San Francisco de Quito, Federación de Seguros Privados del Ecuador, Asociación Ecuatoriana de Empresas de Medicina Integral Prepagada, e Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social; y, solicitó a las Embajadas de las repúblicas de Chile y Colombia, información sobre normativa vigente que regula la materia.

La Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud, recibió en comisión general a representantes de los diversos organismos del Estado con competencia sobre la materia, así como a representantes de entidades del sector privado y sociedad civil, relacionadas directamente con la vigencia y aplicación del referido cuerpo legal, para recoger todas sus inquietudes y observaciones y hacer acopio de criterios y opiniones, que le permitan a la Comisión elaborar el texto del proyecto para primer debate, como resultado de un amplio proceso de consulta; en este marco, se invitó y





REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

recibió en comisión general a los siguientes actores: sesión No. 129: Abogado Pedro Solines, Superintendente de Bancos y Seguros; Ingeniera Suad Manssur Superintendente de Compañías y Valores; Ingeniero Pedro Páez, Superintendente del Control del Poder del Mercado; sesión No. 130: Magíster Carina Vance, Ministra de Salud Pública; sesión No. 133: Economista Patricio Salas, Secretario Ejecutivo de la Federación de Empresas de Seguros del Ecuador; sesión No. 150, Doctor Camilo Valdivieso, Intendente Regional de la Superintendencia de Compañías y Valores; sesión No. 178, Doctor Ramiro Rivadeneira, Defensor del Pueblo de Ecuador; doctor Antonio Domínguez, Decano de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador; sesión No. 179, Doctora Cecilia Acuña, Delgada de la Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud; sesión No. 182, doctor Ramiro Echeverría, Delegado del Instituto de Salud Pública de la Universidad San Francisco de Quito; Economista Patricio Salas, Secretario Ejecutivo de la Federación de Seguros del Ecuador; sesión No. 183, Doctor Marcelo Aguilar, Coordinador de la Unidad de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador; señora María Gabriela Aguinaga, usuaria afectada por un caso de discriminación por parte de un seguro médico y solicitante de protección ante la Defensoría del Pueblo; señores Eduardo Izurieta y Juan Carlos Chávez, representantes de la Asociación Ecuatoriana de Empresas de Medicina Integral Prepagada.

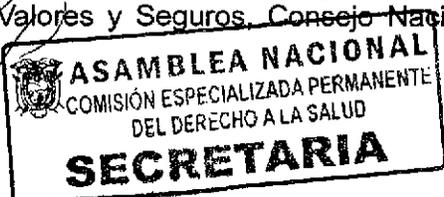
Presentaron a la Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud, observaciones los siguientes señores y señoras Asambleístas: Henry Cucalón, Mary Verduga, Pamela Falconí, Zobeida Gudiño, Verónica Guevara, Carlos Velasco, Víctor Medina, María José Carrión, Blanca Arguello, María Alejandra Vicuña, Richard Farfán, William Garzón, María Cristina Kronfle, Paco Fierro y Byron Pacheco.

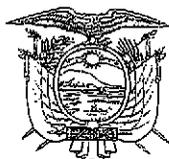
La Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud, mediante oficio No. 003-WGR-CEPDS-AN-2016, de fecha 28 de enero de 2016, dirigido a la señora Presidenta de la Asamblea Nacional, presentó el Informe para Primer Debate del Proyecto de Ley que Regula a las Compañías que Financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que Oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica, aprobado en sesión No. 185, efectuada el día jueves 28 de enero de 2016.

El primer debate del Proyecto de Ley de la referencia, tuvo lugar en la sesión No. 369 del Pleno de la Asamblea Nacional, llevada a cabo el 4 de febrero de 2016, en la que efectuaron observaciones los siguientes señores y señoras Asambleístas: Pamela Falconí, María Alejandra Vicuña, Carlos Bergmann, Carlos Velasco, Byron Valle, Luis Fernando Torres, Mauro Andino, Henry Cucalón, Blanca Arguello, José Moncayo, Angel Rivero, Fernando Bustamante, Moisés Tacle, Oscar Larriva, Byron Pacheco, María Augusta Calle, Rocío Albán; y, Rodrigo Collaguazo.

Con posterioridad al primer debate presentaron a la Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud, observaciones por escrito los siguientes señores y señoras Asambleístas: Ángel Rivero, Oswaldo Larriva, Verónica Guevara, Mary Verduga, Rosa Elvira Muñoz, Guadalupe Salazar, Bairon Valle, Mauro Andino, Marisol Peñafiel, María Soledad Vela, Fernando Bustamante, Carlos Bergman, Gastón Gagliardo, René Caza, Verónica Rodríguez; María Augusta Calle, y, directamente y a través de sus equipos de asesores las y los asambleístas: Blanca Arguello, María José Carrión, Adriana de la Cruz, Richard Farfán, William Garzón, Víctor Medina, Carlos Velasco, María Alejandra Vicuña, Yolanda Chamorro, Irma Gómez, José Luis Macas, Enrique Joniaux y Pamela Falconí.

También formularon observaciones por escrito las siguientes instituciones y personas: Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud, Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades, Ministerio de Salud





REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

Pública, Superintendencia del Control del Poder del Mercado, Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos, Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo SENPLADES, Red de Profesionales por la Salud, Asociación Ecuatoriana de Empresas de Medicina Integral Prepagada, Federación Ecuatoriana de Empresas de Seguros; Ecuasanitas, S.A, Vida Sana S.A, Horizontes Bussines S.A; Plan Vital S.A.; Colmedikal S.A., y, Northern Ligth S.A.

En el marco conceptual de participación proactiva de la ciudadanía en la construcción de las leyes y normas fundamentales para el país, la Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud, resolvió efectuar un Taller de Socialización del Proyecto de Ley, a fin de divulgar su contenido, abrir un debate nacional y consultar el criterio de los organismos del Estado con competencia sobre el tema y de todas las entidades del sector privado y sociedad civil, relacionadas directamente con su vigencia y aplicación, encaminado a recoger todas las inquietudes y observaciones que se formulen y hacer acopio de criterios y opiniones para la elaboración del texto del proyecto para segundo debate. El referido taller se llevó a cabo el día 23 de marzo de 2016, y contó con la presencia de las siguientes personas e instituciones: Ingeniero Patricio Ávila, Gerente General de la compañía Ecuasanitas S.A.; ingeniero Pablo Ávila, Gerente General de la compañía Humana S.A; Economista Patricio Salas, Secretario Ejecutivo de la Federación Nacional de Seguros; señora Wendy del Salto, delegada de la compañía Salud. S.A; señora Nelly Zambrano, representante de la compañía Vida Sana. S.A.; señor Ralph Kaiser, representante de la compañía Northern Ligth S.A; señor Fabián Quilumba, representante de la compañía Horizontes Bussines S.A.; doctor Antonio Domínguez, Decano de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador; Economista Paulina Paz, Directora General del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social; Doctora Sonia Díaz, asesora del despacho del Ministerio de Salud Pública; Licenciado Xavier Torres, Presidente del Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades; Doctora Cecilia Acuña, representante de la Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud; Abogados Jorge Zambrano y Ana Torres, delegados de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros; y, Doctora Daniela Pacheco, delegada de la Defensoría del Pueblo.

En sesiones de la Comisión números 186 y 187, llevadas a efecto los días 30 de marzo y 06 de abril de 2016, respectivamente, la Comisión recibió en Comisión General a los siguientes actores: Nelly Zambrano y Aníbal González, representantes de la compañía Vidasana S.A.; Ingeniero Julián Chamorro, representante de la compañía Collmedica S.A; señores Fabián Quilumba y Santiago Valdivieso, representantes de la Compañía Horizontes Bussines S.A.; y, a representantes de las compañías que ofrecen el servicio de medicina prepagada en el sector cooperativo del país.

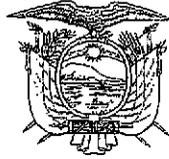
Mediante Memorando SAN-2016-1285, de 06 de abril de 2016, suscrito por el abogado Christian Proaño, Prosecretario General de la Asamblea Nacional, se comunica a la Comisión la concesión de la autorización de prórroga por cuarenta y cinco días para emitir Informe para Segundo Debate del Proyecto de Ley en trámite, solicitada mediante oficio No. 019-SR-CEPDS-AN-2016, de 18 de marzo de 2016.

4.- DISPOSICIONES CONSTITUCIONALES CONCERNIDAS.-

"Art. 3.- Son deberes primordiales del Estado:

1.- Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes."





REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

“Art. 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.”

“Art. 52.- 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.

La ley establecerá los mecanismos de control de calidad y los procedimientos de defensa de las consumidoras y consumidores; y las sanciones por vulneración de estos derechos, la reparación e indemnización por deficiencias, daños o mala calidad de bienes y servicios, y por la interrupción de los servicios públicos que no fuera ocasionada por caso fortuito o fuerza mayor.”

“Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.”

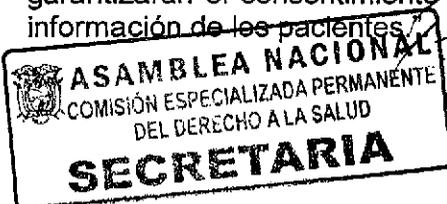
“Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación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

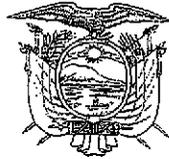
“Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas 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.”

“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. 362.- 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.”





REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.”

“Art. 54.- Las personas o entidades que presten servicios públicos o que produzcan o comercialicen bienes de consumo, serán responsables civil y penalmente por la deficiente prestación del servicio, por la calidad defectuosa del producto, o cuando sus condiciones no estén de acuerdo con la publicidad efectuada o con la descripción que incorpore.

Las personas serán responsables por la mala práctica en el ejercicio de su profesión, arte u oficio, en especial aquella que ponga en riesgo la integridad o la vida de las personas.”

5.- ANÁLISIS Y RAZONAMIENTO.-

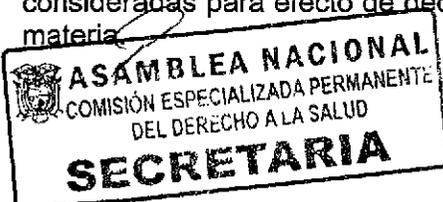
Producto del intenso proceso de socialización y debate de los diversos temas planteados en el informe para primer debate, la Comisión presenta un texto para segundo debate, en el que se efectúan modificaciones importantes en procura de tutelar un justo equilibrio entre el legítimo interés empresarial y los derechos y garantías de los prestatarios de los servicios.

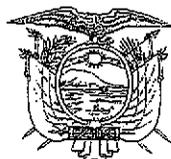
Como columna vertebral del proyecto, la normativa se orienta a: la protección de los derechos de los usuarios; al control y regulación de las compañías que ofertan servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica; al control y robustecimiento de la capacidad económica y financiera de dichas compañías; y, a fomentar la libre y sana competencia en el mercado en la oferta de dichos servicios en beneficio de los usuarios, bajo el concepto primordial de que la salud es un derecho fundamental y que por lo tanto le corresponde al Estado velar porque su acceso esté plenamente garantizado bajo los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Se otorga a la Ley la categorización de orgánica, en virtud de que el Art. 133 numeral 2 de la Constitución de la República establece que serán leyes orgánicas, aquellas que regulen el ejercicio de los derechos y garantías constitucionales.

Se incorpora como principio para la aplicación de la Ley el de juridicidad; y se establece que el capital social mínimo suscrito y pagado de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, que actualmente es de 80.000 unidades de valor constante, equivalentes a doscientos diez mil trescientos quince dólares de los Estados Unidos de Norteamérica (USD 210.315), será de ochocientos mil dólares de los Estados Unidos de Norteamérica (USD 800.000,00). La Comisión considera que el monto de dicho capital social permitirá por un lado ofrecer seguridad a los usuarios, al requerirse a las empresas contar con recursos propios suficientes para sostener el negocio y desarrollar la actividad, para cubrir necesidades de equipamiento y capital de trabajo, y absolver las coberturas de los servicios ofertados; y, por otro, evitar la desaparición de empresas y la eventual concentración del mercado en pocas manos.

Se consagra que las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada deben mantener, en todo tiempo, requerimientos de solvencia, sobre la base de patrimonio técnico, inversiones obligatorias, así como reservas técnicas constituidas y contabilizadas, las cuales serán consideradas para efecto de deducciones del impuesto a la renta, de conformidad con la Ley de la materia.





REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

Se establece que las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, y las de seguros que ofrezcan cobertura de seguros de asistencia médica, deberán estar en capacidad de asumir los costos de los servicios de salud y prestaciones sanitarias contractualmente estipuladas; y, de asumir directa o indirectamente o aceptar y ceder riesgos, con carácter resarcitorio o indemnizatorio, con sujeción a lo previsto en la Ley; en ámbitos expresamente señalados que podrán ser ampliados por la Autoridad Sanitaria Nacional, por razones de política pública, en materia de salud.

Se efectúan ajustes tanto de ordenamiento, cuanto de precisión y empleo de términos técnicos, para evitar la confusión entre prestaciones, servicios y coberturas.

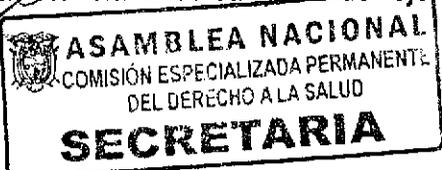
Así mismo se señala que los servicios y prestaciones que se oferten, deberán estar fundamentados en medicina basada en evidencia y en la oferta y tecnología sanitarias aprobadas y disponibles en el país o en el exterior, de acuerdo al plan contratado y con cobertura en la forma prevista en la Ley.

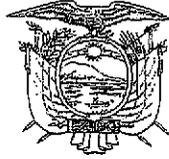
Se determina que todos los planes y programas de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y de las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, deberán garantizar a los usuarios el acceso efectivo a los servicios de salud: prehospitalario, emergencia, ambulatorio y hospitalario, con las prestaciones integrales para la prevención, diagnóstico, tratamiento clínico o quirúrgico, incluyendo los auxiliares de diagnóstico, complementarios y específicos requeridos, rehabilitación, cuidados paliativos institucionales o domiciliarios, necesarios según la condición de salud del paciente, por ciclo de vida, edad y sexo, de acuerdo con el plan contratado.

En casos de liquidación de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, sea esta voluntaria o forzosa, se determina que durante dicho proceso no se celebren nuevos contratos y los que estuvieren en curso, continúen vigentes hasta su vencimiento, para garantizar la continuidad de la cobertura; o, hasta que el titular, el Superintendente de Compañías, Valores y Seguros o el liquidador, según el caso, soliciten su resolución. Se añade la remisión al Código Orgánico Monetario y Financiero en lo atinente a la cautela de derechos de los asegurados en el proceso de liquidación de las compañías de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica.

A fin de delimitar con claridad las competencias y facultades de regulación y control del Estado sobre las compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada, a través de los organismos públicos encargados de dicha regulación y control que constitucionalmente tienen capacidad para hacerlo, en los ámbitos societario y sanitario, se aclara que la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros tendrá facultad de regulación, vigilancia y control societario, financiero y contractual no sanitario de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, para lo cual efectuará inspecciones concurrentes de carácter periódico y expedirá las regulaciones y resoluciones necesarias para su funcionamiento.

Se incorporan como facultades de dicha Superintendencia las de sustanciar y dirimir en sede administrativa los reclamos que surjan de la aplicación de los contratos para el financiamiento de servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros de asistencia médica, sustanciar los procesos de disolución y liquidación voluntaria o forzosa de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y de las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica y la de ejercer competencia para la determinación y sanción de faltas





REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

administrativas.

De otro lado, en lo atinente al control y regulación a cargo de la Autoridad Sanitaria Nacional, se aclara que dicha autoridad efectuará el control contractual sanitario y que la regulación y aprobación de los planes, programas y modalidades para la prestación de los servicios de atención integral de salud prepagada y de cobertura de seguros de asistencia médica, se realizará en forma previa a su comercialización.

La referida autoridad sanitaria tendrá además competencia para la aprobación de los contratos y pólizas tipo y sus anexos, aplicables para cada uno de los planes programas y modalidades, y de la modificación de aquellos, así como para determinar condiciones y cláusulas obligatorias, identificar cláusulas que se consideraren abusivas en materia sanitaria; y, ejercer competencia para determinar y sancionar faltas administrativas en materia sanitaria.

Se aclara lo atinente al contenido y aprobación de notas técnicas y estudios actuariales para el establecimiento por parte de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y de las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, de los precios de los planes y de las tarifas de primas, que deberán guardar conformidad con las notas técnicas y estudios actuariales aprobados por la Autoridad Sanitaria Nacional.

Se consagra que en ningún caso la revisión o el incremento del precio podrá basarse en siniestralidad individual, y se prohíbe expresamente a las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, o de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, efectuar incrementos del precio de manera unilateral mientras transcurra el plazo estipulado en el contrato.

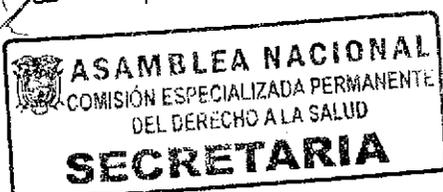
Se establece que podrán ser considerados como beneficiarios de un plan o programa de servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros con cobertura de asistencia médica, toda persona, que tenga con el titular relación laboral, conyugal, de unión de hecho, o de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad.

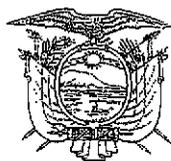
Se garantiza que el usuario o asegurado tenga la posibilidad de escogitamiento de cualquiera de las modalidades abiertas, cerradas o mixtas.

Se aclara el objeto de los contratos de prestación de servicios de atención integral de salud prepagada, y se determina que los contratos de seguro que celebren las compañías de seguros que oferten cobertura de asistencia médica se someterán a las normas que sobre la materia contiene la legislación vigente.

Se modifica la disposición que regula la atención de la emergencia médica, fijando la obligación de las empresas de cubrir el financiamiento para la atención de toda emergencia médica, hasta el monto de la cobertura contratada, al momento del requerimiento efectuado por el prestador del servicio de salud. Este aspecto es de suma importancia, ya que actualmente en casos de emergencia médica, el usuario solventa los gastos y la mayoría de las empresas devuelven el monto de la cobertura contratada después de varios meses.

En la tarifa cero, se establece que los afiliados y asegurados, deberán recibir obligatoriamente, con cargo a la tarifa contratada, prestaciones de prevención primaria, que deberán ser determinadas y reguladas por la Autoridad Sanitaria Nacional.





REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

Se determina que las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, podrán unilateralmente dar por terminado un contrato, en caso de incumplimiento por tres meses consecutivos, de las contraprestaciones económicas por parte del titular del contrato, lapso durante el cual la compañía, previa notificación al usuario, podrá suspender el financiamiento para la cobertura de las prestaciones contratadas, excepto para la que corresponda a emergencia médica, hasta cuando se produzca el pago de las cuotas adeudadas.

Se efectúan ajustes para uniformar la denominación de los planes, incorporando a los corporativos, empresariales y grupales.

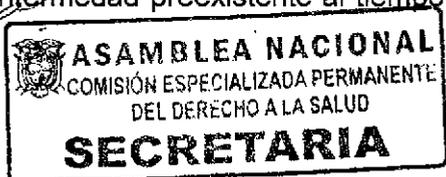
La prohibición que contenía el proyecto de negarse a celebrar un contrato o renovarlo, por razón de edad, se ha ampliado, en el sentido de impedir modificar las condiciones de los contratos para el financiamiento de prestaciones de salud y de los de seguros de asistencia médica, encaminadas a disminuir, restringir o eliminar la cobertura contratada, por el hecho de que los usuarios o asegurados cumplan o tengan sesenta y cinco años de edad o más, siempre que dichos contratos posean una continuidad mínima previa de cinco años. Del mismo modo se establece que en ningún caso se admitirán cambios o modificaciones anteriores para eludir lo dispuesto en la disposición.

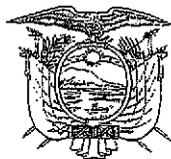
Se determina que en los contratos individuales, las enfermedades preexistentes debidamente declaradas, recibirán cobertura obligatoria, estableciéndose un periodo de carencia de veinte y cuatro (24) meses, contado a partir de la fecha de suscripción del respectivo contrato; y, un monto de cobertura anual de veinte (20) salarios básicos unificados del trabajador en general. Se añade una disposición que permita el libre juego de la oferta y la demanda, y de competitividad en precios y condiciones de los planes en favor del usuario, al permitir que el monto de cobertura pueda ser ampliado y el periodo de carencia reducido, en virtud del acuerdo libre y voluntario de las partes.

Para el establecimiento del periodo de carencia y del monto de cobertura anual, la Comisión ha contado con informes técnicos actuariales proporcionados por diversos actores, incluidos el Ministerio de Salud Pública y la propia Asociación Ecuatoriana de Empresas de Medicina Integral Prepagada, que engloban datos de incidentes registrados por las empresas durante el año 2015 y la información de morbilidad ambulatoria y hospitalaria para el 2014, de los que se ha extraído la propuesta que a criterio de la Comisión permitiría la sustentabilidad económica de las prestaciones, ya que de acuerdo con la información y datos suministrados, el 99,69% de los incidentes pagados por las empresas durante el año 2015 están dentro del rango de 1 a 20 Salarios Básicos Unificados, y cada enfermedad (diagnóstico) reportada tendría un costo menor o igual a USD. 7,320 dólares anuales, concentrándose dentro de este porcentaje el 80,93% del total de los costos médicos relacionados con esos incidentes.

Se permite a las partes contratantes presentar reclamo administrativo y en el caso de las compañías, se les faculta a hacerlo alegando preexistencia no declarada al tiempo de la contratación, cuando consideraren que el titular, usuario, beneficiario, afiliado, dependiente o asegurado conocía la existencia de su enfermedad, patología o condición de salud, por presentar manifestaciones clínicas y alteraciones físicas que por sus signos y síntomas característicos y evidentes, no pudieron pasar desapercibidos, otorgándose competencia a la Autoridad Sanitaria Nacional para emitir dictamen vinculante, señalándose que en ningún caso la autoridad competente resolverá reclamos formulados por las compañías alegando preexistencia no declarada sin contar con dicho dictamen.

En este tema es necesario resaltar el principio de buena fe que debe regir la declaración de enfermedad preexistente al tiempo de la suscripción del contrato o la incorporación en calidad de





REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

beneficiario, aclarando que la definición de preexistencia para efectos de la Ley tiene alcances exclusivamente de carácter económico y no bio-genético.

Se fijan como obligaciones de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y de las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, las de: velar para que las prestaciones de los servicios de salud cumplan con los estándares de calidad establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional; y, exigir a los prestadores sanitarios encargados de dichas prestaciones, acrediten las respectivas aprobaciones académicas o licenciamiento, según corresponda, en las modalidades cerrada y mixta.

Se señala que las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, serán responsables subsidiarias, en los ámbitos civil y administrativo, respecto de los perjuicios que se originen por deficiencias de calidad en la prestación de los servicios de salud contratados bajo la modalidad cerrada, y en la parte que corresponda de la modalidad mixta.

En el procedimiento para la sustanciación del reclamo administrativo, se deja a salvo el derecho del usuario de plantear de modo directo las acciones judiciales a que hubiere lugar, o de emplear mecanismos o procedimientos alternativos de solución de conflictos.

Se establece así mismo que el usuario podrá acudir a la Defensoría del Pueblo para recibir orientación y asesoramiento respecto de la protección y tutela de sus derechos en el marco de lo establecido en la Ley.

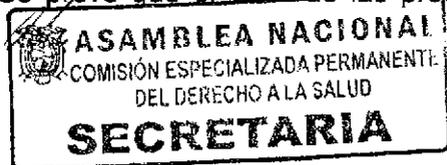
Se realizan ajustes al procedimiento para la sustanciación del reclamo administrativo, previéndose principalmente que, los reclamos que presenten las partes por contratos suscritos con compañías de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, se someterán a lo previsto en la Ley General de Seguros, contenida en el libro III del Código Orgánico Monetario y Financiero y a las normas de esta Ley en cuanto a contar con el dictamen obligatorio y vinculante de la Autoridad Sanitaria Nacional cuando los asuntos controvertidos versen sobre temas sanitarios; fijándose además el término de 60 días para la presentación del reclamo y aclarándose que no se admitirán reclamos administrativos, una vez ejercida la acción contencioso administrativa u otras de carácter judicial.

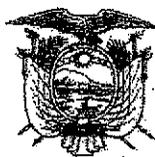
La Comisión ha revisado las sanciones previstas para las faltas administrativas que se cometan, fijando un monto fijo para cada infracción y eliminando las bandas o rangos, para evitar discrecionalidad en la aplicación de dichas sanciones.

Se hacen ajustes a las diversas clases de infracciones administrativas y a la sustanciación del procedimiento administrativo fijándose, entre otros aspectos, un término de prueba de diez días para que se practiquen las diligencias necesarias para el esclarecimiento de los hechos.

En las disposiciones generales se estipula que en todo lo no previsto en esta Ley, respecto de las compañías de seguros que ofrezcan cobertura de seguros de asistencia médica, se estará a lo dispuesto en el Código Orgánico Monetario y Financiero para el régimen de seguros, la Ley de Compañías y demás normativa aplicable y que sin perjuicio del régimen sancionatorio previsto en esta Ley, se aplicarán los regímenes sancionatorios establecidos en la Ley de Compañías Valores y Seguros y en el Código Orgánico Monetario y Financiero, en el contexto de dichos cuerpos legales.

~~Se prevé que el valor de las prestaciones de salud pagado por instituciones de la Red Pública~~





REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

Integral de Salud a establecimientos de salud privados, por atención a pacientes que sean titulares, afiliados, dependientes, usuarios, asegurados o beneficiarios de compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada o de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, será reembolsado obligatoriamente por esas compañías a la institución de la red que haya sufragado dicho pago, hasta el monto de lo contratado.

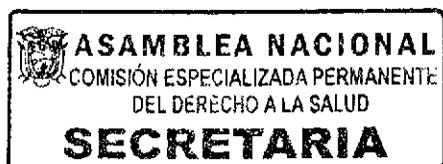
Se dispone que la Autoridad Sanitaria Nacional determine un mecanismo sistemático para identificar y clasificar los planes y programas existentes en el mercado a cargo de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y de las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, con la finalidad de que dicho instrumento garantice la eficiencia y eficacia en el cumplimiento de las atribuciones de regulación y control de los organismos establecidos en la Ley.

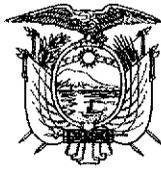
En las disposiciones transitorias se incorporan normas que aseguren la transición ordenada hacia el nuevo marco legal, cuya aplicación permita que el proceso de adecuación societaria, de constitución de reservas técnicas y especialmente de renovación de contratos no experimenten solución de continuidad, y que no se produzcan vacíos de carácter legal que pongan en riesgo los derechos de los usuarios, previéndose para aquello la vigencia postergada de la Ley, en virtud de la cual ésta entraría en vigencia en el plazo de seis meses, contado a partir de su publicación en el Registro Oficial.

6.- RESOLUCIÓN.- Por las consideraciones constitucionales y legales expuestas, la Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud **RESUELVE:** aprobar el informe para segundo debate del **“PROYECTO DE LEY ORGÁNICA QUE REGULA A LAS COMPAÑÍAS QUE FINANCIEN SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PREPAGADA Y A LAS DE SEGUROS QUE OFERTEN COBERTURA DE SEGUROS DE ASISTENCIA MÉDICA”**, en los términos contenidos en este documento y en el articulado adjunto, que serán puestos en conocimiento del Pleno de la Asamblea Nacional.

7.- ASAMBLEÍSTA PONENTE

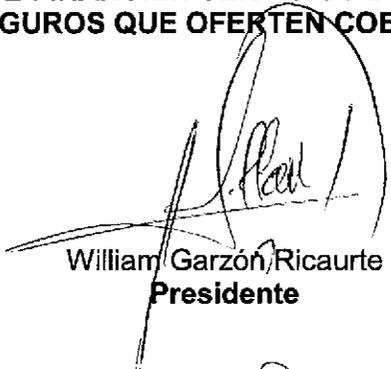
Doctor William Garzón Ricaurte Presidente de la Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud.



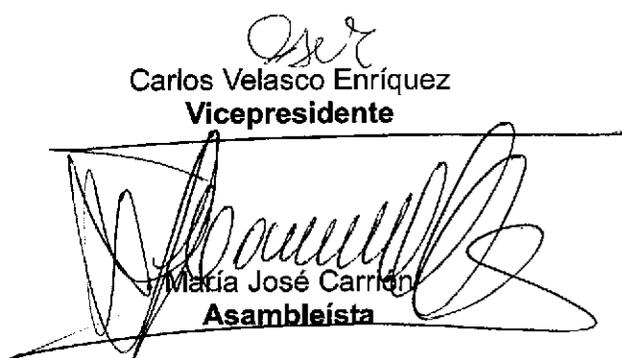


REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

8.- SEÑORES Y SEÑORAS ASAMBLEÍSTAS QUE VOTARON A FAVOR DEL INFORME PARA SEGUNDO DEBATE Y TEXTO DEL PROYECTO DE LEY QUE REGULA A LAS COMPAÑÍAS QUE FINANCIEN SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PREPAGADA Y A LAS DE SEGUROS QUE OFERTEN COBERTURA DE SEGUROS DE ASISTENCIA MÉDICA



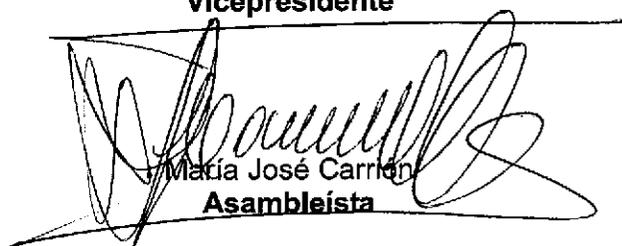
William Garzón Ricaurte
Presidente



Carlos Velasco Enríquez
Vicepresidente



Blanca Arguello
Asambleísta



María José Carrón
Asambleísta



Adriana de la Cruz
Asambleísta



María Fares suplente de
Richard Farfán
Asambleísta

Paco Fierro
Asambleísta



Verónica Guevara
Asambleísta

María Cristina Kronfle
Asambleísta

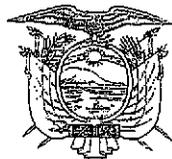


Víctor Medina
Asambleísta

Bayron Pacheco
Asambleísta



María Alejandra Vicuña
Asambleísta



REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

9.- TEXTO PARA SEGUNDO DEBATE.-

EI PLENO DE LA ASAMBLEA NACIONAL

CONSIDERANDO

Que, el Art. 3 de la Constitución de la República establece como deber primordial el Estado, garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes.

Que, el Art. 32 de la Constitución consagra a la salud como un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos.

Que para el ejercicio del derecho a la salud el mismo artículo establece que el Estado dictará políticas públicas en los ámbitos económico, social, cultural, educativo y ambiental; y garantizará el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva.

Que, conforme el inciso segundo del artículo 32 de la Constitución, 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.

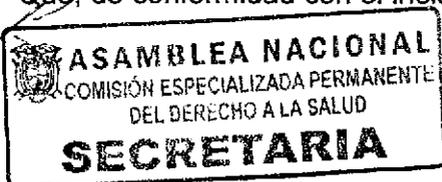
Que, el artículo 52 de la Constitución determina el derecho de las personas a disponer de bienes y servicios de óptima calidad y a elegirlos con libertad, así como a una información precisa y no engañosa sobre su contenido y características; y, que la Ley establecerá los mecanismos de control de calidad y los procedimientos de defensa de las consumidoras y consumidores; y las sanciones por vulneración de estos derechos, la reparación e indemnización por deficiencias, daños o mala calidad de bienes y servicios, y por la interrupción de los servicios públicos que no fuera ocasionada por caso fortuito o fuerza mayor.

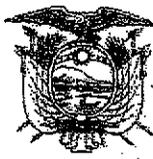
Que, el artículo 358 de la Constitución crea el sistema nacional de salud con la finalidad de lograr el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, reconociendo la diversidad social y cultural y guiándose por los principios generales de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

Que, el artículo 359 de la Constitución determina que 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, el artículo 360 de la Constitución establece que el sistema nacional de salud garantice, 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; articule los diferentes niveles de atención; y promueva la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

Que, de conformidad con el inciso primero del artículo 362 de la Constitución, la atención de salud





REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

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, es necesario que el poder público intervenga para controlar y regular un sector de actividad económica cuya demanda ha experimentado un crecimiento sostenido de prestadoras de servicios de salud y medicina prepagada y de usuarios o afiliados a dichos servicios; y, para desarrollar los principios y normas contenidas en los convenios y tratados internacionales sobre la materia.

Que, la Ley que regula las empresas privadas de salud y medicina prepagada, promulgada en el Registro Oficial No. 12, de 26 de agosto de 1.998, no desarrolla los principios establecidos en la Constitución vigente y evidencia vacíos en cuanto a los órganos de control y regulación del Estado competentes.

Que, siendo la salud un derecho fundamental establecido en la Constitución, cuyo ejercicio le corresponde al Estado garantizar, es necesario dictar un nuevo cuerpo normativo para regular y controlar la constitución y funcionamiento de las compañías de medicina prepagada y para establecer requisitos legales para la prestación de dichos servicios, tutelando un justo equilibrio entre el legítimo interés empresarial y los derechos y garantías de los prestatarios de los servicios de medicina prepagada.

Que, es necesario un nuevo marco normativo para que se determine y delimite con claridad las competencias y facultades de regulación y control del Estado sobre las compañías prestadoras de servicios de salud, a través de los organismos públicos encargados de dicha regulación y control que constitucionalmente tienen capacidad para hacerlo, en los ámbitos societario y sanitario.

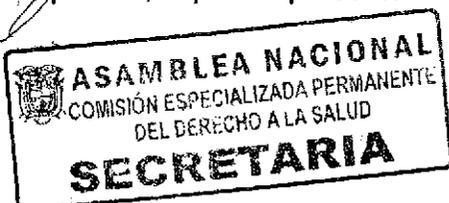
Que, es indispensable que la Ley contemple regímenes de faltas y sanciones administrativas en las que incurran las empresas prestadoras de servicios de medicina prepagada por incumplimiento de Ley, e instituya procedimientos para la tramitación de los reclamos y recursos administrativos para la solución de controversias, para que el Estado pueda ejercer a plenitud su potestad de regulación y control.

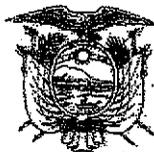
Que, el derecho a la salud está considerado en nuestra Carta Magna como un derecho fundamental, por consiguiente, el poder público debe favorecer su pleno ejercicio por parte de los ciudadanos y ciudadanas.

Que, es necesario que las disposiciones de esta Ley guarden armonía con las contenidas en otros cuerpos legales como la Ley Orgánica de Defensa del Consumidor, Ley Orgánica de Discapacidades, Ley Orgánica de Salud, Ley Orgánica de Regulación y Control del Poder del Mercado, entre otras.

Que, el artículo 14, numeral 55 del Código Orgánico Monetario y Financiero, dispone que la Junta de Política y Regulación Monetaria y Financiera, podrá ejercer las demás funciones que le asigne la ley;

En ejercicio de las facultades establecidas en el numeral 6 del artículo 120 de la Constitución de la República, expide la presente:





REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

LEY ORGÁNICA QUE REGULA A LAS COMPAÑÍAS QUE FINANCIEN SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PREPAGADA Y A LAS DE SEGUROS QUE OFERTEN COBERTURA DE SEGUROS DE ASISTENCIA MÉDICA

**CAPÍTULO I
NORMAS RECTORAS**

Artículo 1.- Objeto.- La presente Ley tiene como objeto normar la constitución y funcionamiento de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada; regular, vigilar y controlar la prestación de dichos servicios para garantizar el ejercicio pleno de los derechos de los usuarios; fijar las facultades y atribuciones para establecer y aprobar el contenido de los planes y contratos de atención integral de salud prepagada y de seguros en materia de asistencia médica; así como determinar la competencia para la aplicación del régimen sancionador y la solución de controversias.

Artículo 2.- Ámbito de aplicación.- La presente Ley es aplicable a todas las actividades que desarrollen, en cumplimiento de su objeto social, las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada; y a las inherentes a la cobertura de seguros de asistencia médica.

Artículo 3.- Principios Rectores.- Son principios para la aplicación de la presente ley los de: legalidad, juridicidad, inclusión, equidad, precaución, igualdad, no discriminación, sostenibilidad, bioética, gradualidad, suficiencia, eficiencia, eficacia, transparencia, oportunidad, calidad, calidez, libre competencia, responsabilidad y participación.

Artículo 4.- Derechos.- Para el cumplimiento de esta Ley, el Estado garantizará el ejercicio de los siguientes derechos:

1.- Vida.- Se privilegia la cautela del derecho a la vida en los términos previstos en la Constitución, por sobre cualquier otra consideración empresarial o mercantil y de modo integral al ser humano como eje central de la intervención del Estado, instituciones y personas involucradas, respecto de la atención de salud, financiada por las compañías controladas y reguladas en esta Ley.

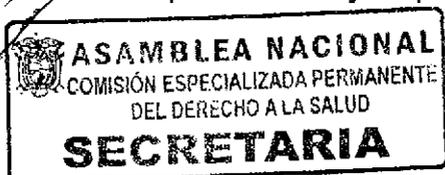
2.- Salud.- Toda persona tiene derecho a la salud, a su ejercicio permanente, oportuno y sin exclusión, a recibir atención integral e integrada que procure su bienestar y mejore su calidad de vida y a acceder, entre otros, a servicios de promoción, prevención en sus diferentes ámbitos, diagnóstico, recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos, de largo plazo, e inclusión social, respetando los derechos humanos y los principios de la bioética.

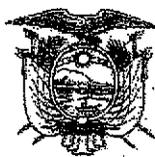
3.- No discriminación y no estigmatización.- Las personas no serán discriminadas ni estigmatizadas por razón alguna para acceder mediante contratación a los servicios ofertados por las compañías reguladas y controladas por esta Ley.

4.- Atención integral.- Que incluya la prevención de la enfermedad con un enfoque bio-psico social, en los términos previstos en la Ley.

5.- Libre asociación.- Se protege el derecho a la libre asociación para fomentar este tipo de actividades empresariales y la organización social de los usuarios.

6.- Libre empresa.- La Ley ampara el derecho a la libre empresa, bajo los principios de equidad





REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

contractual, calidad, eficiencia, eficacia, transparencia, oportunidad, competitividad, responsabilidad y participación.

7.- Debido proceso.- Los procesos en sede administrativa para la tramitación de reclamos y de determinación y sanción de faltas administrativas establecidas en esta ley, se tramitarán con estricta observancia de las garantías constitucionales del debido proceso.

8.- Derechos de los consumidores.- La Ley incorpora expresamente los derechos contemplados en la Ley Orgánica de Defensa del Consumidor.

Artículo 5.- Pertenencia al Sistema Nacional de Salud.- Las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y las de seguros que ofrezcan seguros con cobertura de asistencia médica, formarán parte del sistema nacional de salud, a cuyas políticas públicas estarán sometidas obligatoriamente.

CAPÍTULO II
CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LAS COMPAÑÍAS QUE FINANCIEN SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PREPAGADA Y DE LAS DE SEGUROS QUE OFREZCAN COBERTURA DE SEGUROS DE ASISTENCIA MÉDICA

Sección Primera

Requisitos mínimos para la constitución de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada.

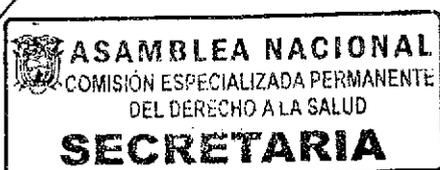
Artículo 6.- Especie de compañía.- Las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada se constituirán en el Ecuador y serán sociedades anónimas.

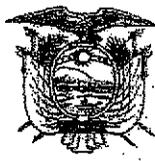
Artículo 7.- Objeto social.- El objeto social de esta especie de compañías será único y estará referido al financiamiento de los servicios de atención integral de salud prepagada, asumiendo los costos de los servicios de salud y prestaciones sanitarias contractualmente estipulados, en el ámbito de lo previsto en el artículo 15 de esta Ley. Por consiguiente no podrán establecerse otros fines sociales ajenos o distintos a aquel. Para el cumplimiento de ese único objeto social, las compañías podrán realizar toda clase de actos y contratos permitidos por la Ley, en uso de su capacidad como personas jurídicas.

Artículo 8.- Capital social mínimo.- El capital suscrito y pagado mínimos de las compañías cuyo objeto social sea el señalado en el artículo anterior, será de ochocientos mil dólares de los Estados Unidos de Norteamérica (USD 800.000,00).

Artículo 9.- Plazo de duración del contrato social.- El plazo de duración del contrato social no podrá ser menor a cincuenta años.

Artículo 10.- Regímenes de solvencia, patrimonio, reservas técnicas y provisiones.- Las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada deben mantener, en todo tiempo, requerimientos de solvencia, sobre la base de patrimonio técnico, inversiones obligatorias, así como reservas técnicas constituidas y contabilizadas, calculadas por actuarios calificados, que comprenderán: reservas de servicios prestados y no reportados, reservas de servicios prestados y reportados; y, las demás que determine la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros. Las reservas antes referidas serán consideradas para efecto de deducciones del impuesto a la renta, de conformidad con la Ley de la materia.





REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

a.- Reservas de servicios prestados y no reportados.- Corresponde al monto reservado en el balance de las compañías para cumplir con el costo último total estimado de atender todas las reclamaciones derivadas de los eventos que habiendo ocurrido hasta el final del balance mensual o cierre de ejercicio económico, no han sido avisados. Adicionalmente, esta reserva debe incluir los ajustes de reserva derivados de eventos ocurridos y no suficientemente reportados; y,

b.- Reservas de servicios prestados y reportados.- Es el monto reservado para cumplir con el costo último total estimado de atender todas las reclamaciones de los servicios que han incurrido y han sido reportados.

Sección Segunda
Funcionamiento

Artículo 11.- Funcionamiento.- Para el desarrollo de sus actividades las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, y las que ofrezcan cobertura de seguros de asistencia médica, deberán obtener la respectiva autorización otorgada por la Superintendencia de Compañías Valores y Seguros, previo el cumplimiento de los requisitos de carácter societario, financiero y sanitario establecidos en las Leyes, Reglamentos, Regulaciones y más normativa aplicable.

Artículo 12.- Fuentes de financiamiento.- Para el cumplimiento de su objeto social las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, tendrán las siguientes fuentes de financiamiento:

- 1.- Recursos propios provenientes de su capital social, utilidades y reservas;
- 2.- Aportes o cuotas de los afiliados; y,
- 3.- Empréstitos y más medios de financiamiento societario.

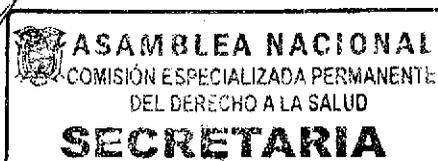
Se prohíbe utilizar recursos del Estado para financiar, subsidiar o participar en procesos de rescate financiero de este tipo de compañías.

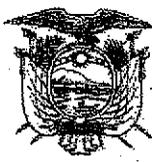
Artículo 13.- Prestación de servicios.- Las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, y las de seguros que asuman directa o indirectamente o acepten y cedan riesgos en materia de salud, podrán ofertar servicios de salud que sólo podrán ser prestados por terceros prestadores de dichos servicios.

Artículo 14.- Oferta de servicios por otras compañías.- Las compañías o personas jurídicas que por su naturaleza jurídica o su objeto social, sean distintas a las reguladas en esta Ley, sólo podrán ofertar servicios de atención de salud prepagada, o seguros de asistencia médica, a través de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, de compañías de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica; o, de asesores productores de esta clase de servicios.

La Autoridad Sanitaria Nacional notificará a los respectivos organismos de Control el incumplimiento de lo previsto en este artículo, para los efectos sancionatorios correspondientes.

Artículo 15.- Financiamiento de servicios.- Las compañías que financien servicios de atención





REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

integral de salud prepagada, y las de seguros que ofrezcan cobertura de seguros de asistencia médica, deberán estar en capacidad de asumir los costos de los servicios de salud y prestaciones sanitarias contractualmente estipulados; y, de asumir directa o indirectamente o aceptar y ceder riesgos, con carácter resarcitorio o indemnizatorio, con sujeción a lo previsto en la Ley, respectivamente, en los ámbitos que a continuación se señalan, sin perjuicio de que la Autoridad Sanitaria Nacional pueda ampliar dichos ámbitos, por razones de política pública, en materia de salud.

1.- Prestaciones de prevención de la enfermedad sea ésta primaria, secundaria y terciaria, como aspecto fundamental que promueva el acceso universal a la salud, en los términos previstos en las estipulaciones contractuales y en esta Ley.

2.- Atención ambulatoria profesional en medicina general y en las diversas especialidades y sub - especialidades practicadas en los diferentes establecimientos de salud y en los domicilios cuando lo justifique el estado de salud del paciente o la imposibilidad de movilizarlo; que incluya diálisis y hemodiálisis entre otras atenciones, todas las derivaciones e interconsultas, insumos médicos, quirúrgicos y medicamentos que la detección, diagnóstico, tratamiento rehabilitación, cuidados paliativos y de largo plazo demanden para la atención integral de salud del paciente.

3.- Atención prehospitalaria que incluya transporte terrestre, aéreo o fluvial, legalmente autorizado, al que se pueda acceder dentro o fuera del país, de acuerdo al plan contratado.

4.- Atención hospitalaria por indicación del profesional de la salud que atienda al paciente. Esta cobertura incluirá transporte, alimentación, habitación, visita médica, cuidados de enfermería, interconsultas profesionales, auxiliares de diagnóstico, complementarios y específicos, terapia intensiva, cirugía, medicamentos e insumos médicos, ayudas técnicas, apoyo psicológico, rehabilitación, cuidados paliativos y honorarios profesionales.

5.- Atención en casos de urgencia y emergencia médicas, así como el procedimiento de emergencia ambulatorio, hospitalario o médico quirúrgico, incluyendo todo el equipamiento, insumos y medicamentos necesarios;

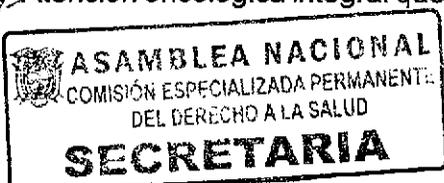
6.- Atención de embarazos normales, de riesgo o complicados, controles prenatales, emergencias obstétricas, partos vaginales o por cesárea, con recién nacido a término, pre - término o post término; complicaciones que se presentaren antes, durante y después del parto y alumbramiento, atención del recién nacido a término, pre término o post término, con atención en neonatología, atención perinatal, de manera integral y con asistencia de especialistas; atención en la unidad de cuidados intensivos y otros eventos que pudieren presentarse, tanto para la madre como para el recién nacido a término, pre término o post término, para lo cual se emplearán todos los procedimientos médicos necesarios, a fin de preservar la salud de la unidad madre - hijo. Atención al recién nacido que padezca de patologías congénitas, genéticas o hereditarias;

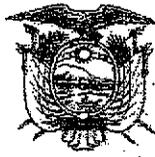
7.- Atención de enfermedades congénitas, genéticas y hereditarias, con cobertura total;

8.- Atención de enfermedades preexistentes, con la cobertura prevista en esta Ley;

9.- Atención de enfermedades crónicas, catastróficas, degenerativas y raras, de acuerdo al plan contratado;

10.- Atención oncológica integral que incluya obligatoriamente cirugía reconstructiva y rehabilitación,





REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

de acuerdo al plan contratado.

11.- Trasplante de órganos, cuya atención y cobertura se sujetará a lo previsto en la Ley de la materia e incluirá obligatoriamente la atención y cobertura de las prestaciones que se deban dar al donante, las que correspondan a los procesos de pretrasplante, trasplante y post trasplante, las complicaciones médicas que se derivaren de dichos procesos; y, las de suministro de medicamentos, insumos, dispositivos médicos y demás necesarios para atender al donante y al receptor;

12.- Servicios de salud para personas con discapacidad, cuya atención y cobertura se sujetará a lo previsto en la Ley de la materia.

13.- Todo procedimiento diagnóstico y terapéutico de seguimiento y control posteriores a cada enfermedad o accidente atendido y referidos a especialidades y sub especialidades; incluyendo curaciones, rehabilitación, cuidados paliativos domiciliarios, y de largo plazo.

14.- Auxiliares de diagnóstico, complementarios y específicos, existentes, que pudieran crearse, incorporarse o estar disponibles a la fecha de la prestación, necesarios para la continuidad de la atención integral, solicitados por un prescriptor y de acuerdo al plan contratado;

15.- Estudios anatomopatológicos, genéticos y para enfermedades congénitas, cuando éstos sean solicitados por un médico, para configurar apropiadamente el diagnóstico o evolución de una patología, con cobertura total.

16.- Acceso a medicamentos en cualquier farmacia autorizada por autoridad competente, cuyo costo será cubierto total o parcialmente, por las vías del pago directo o el reembolso, según el plan contratado, siempre que aquellos hayan sido recetados por un prescriptor;

17.- Prestaciones de salud dental de conformidad con el plan contratado.

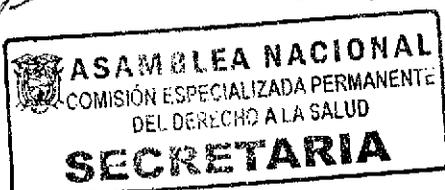
Los servicios y prestaciones antes referidos, deberán estar fundamentados en medicina basada en evidencia y en la oferta y tecnología sanitarias aprobadas y disponibles en el país o en el exterior, de acuerdo al plan contratado y con cobertura en la forma prevista en esta Ley.

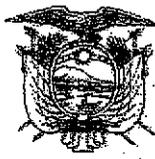
Sección Tercera

Cautela de derechos de los usuarios en casos de liquidación de las compañías

Artículo 16.- Cautela de derechos.- Durante la liquidación, sea esta voluntaria o forzosa, de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, no se celebrarán nuevos contratos y los que estuvieren en curso, continuarán vigentes hasta su vencimiento, para garantizar la continuidad de la cobertura, en cautela de los intereses legítimos de los usuarios; o, hasta que el titular, el Superintendente de Compañías, Valores y Seguros o el liquidador, según el caso, soliciten su resolución.

La cautela de derechos de los asegurados en el proceso de liquidación de las compañías de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, se amparará en lo previsto en el capítulo XII, del Título II del Código Orgánico Monetario y Financiero.





REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

CAPÍTULO III
REGULACIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL
FACULTADES Y ATRIBUCIONES

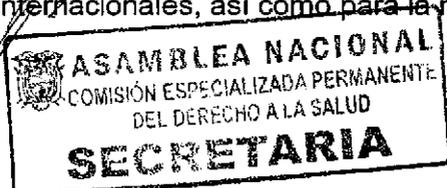
Artículo 17.- Regulación, vigilancia y control a cargo de la Superintendencia de Compañías Valores y Seguros.- La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros tendrá las siguientes facultades de regulación, vigilancia y control respecto de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica:

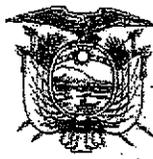
- 1.- Regulación, vigilancia y control societario, financiero y contractual no sanitario, de conformidad con lo establecido en la Ley de Compañías, Código Orgánico Monetario Financiero, esta Ley, y los reglamentos, resoluciones y más normativa vigente. La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros efectuará inspecciones concurrentes de carácter periódico a las compañías para verificar el cumplimiento de lo previsto en este numeral.
- 2.- Expedir las regulaciones y resoluciones necesarias para el funcionamiento de las compañías a las que se refiere esta Ley;
- 3.- El control del cumplimiento de las resoluciones dictadas por la Junta de Política y Regulación Monetaria y Financiera, en base a lo dispuesto en esta Ley y en el Código Orgánico Monetario y Financiero, para las compañías de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica.
- 4.- Sustanciar y dirimir en sede administrativa los reclamos que surjan de la aplicación de los contratos para el financiamiento de servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros de asistencia médica.
- 5.- Para los casos previstos en esta Ley, sustanciar los procesos de disolución y liquidación voluntaria o forzosa de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y de las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica.
- 6.- Ejercer competencia para la determinación y sanción de las faltas administrativas previstas en esta Ley.
- 7.- Las demás previstas en la Ley.

Artículo 18.- Control y regulación a cargo de la Autoridad Sanitaria Nacional.- En materia sanitaria, la Autoridad Sanitaria Nacional, conforme lo dispuesto en la Ley Orgánica de Salud, ejercerá la regulación y control de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, de las compañías de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, y la prestación de dichos servicios.

La regulación y control prevista en el inciso anterior se efectuará en los siguientes ámbitos de acción:

- 1.- Regulación y aprobación, en forma previa a su comercialización, de los planes, programas y modalidades para la prestación de los servicios de atención integral de salud prepagada y de cobertura de seguros de asistencia médica, incluidos los que se oferten en el país para coberturas internacionales, así como para la modificación de aquellos.





REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

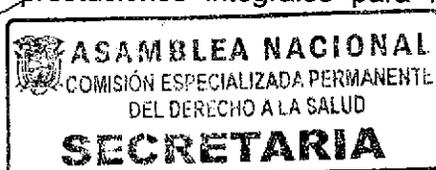
- 2.- Regulación y control de la oportunidad, eficiencia y calidad de las prestaciones sanitarias, ofertadas por los prestadores de salud que tengan relación contractual con las compañías reguladas por esta Ley;
- 3.- Regulación y control de la calidad de los servicios sanitarios que se presten a través de plataformas tecnológicas u otros medios informáticos.
- 4.- Aprobación de los contratos y pólizas tipo y sus anexos, aplicables para cada uno de los planes programas y modalidades, y de la modificación de aquellos.
- 5.- Control contractual sanitario.
- 6.- Dictar y ejercer el control de los lineamientos y términos de referencia que aseguren la suficiencia, eficiencia y eficacia de las prestaciones de salud, en aspectos tales como: contenido de los contratos y pólizas tipo, periodos de carencia, arancel o catálogo valorizado de prestaciones, bonos valorizados, estructuración de notas técnicas y estudios actuariales, que respalden las tarifas de cuotas y primas, copagos y deducibles, detalle de prestaciones cubiertas, sus contenidos, alcances y límites, montos de cobertura, derechos y obligaciones de las partes contratantes y otros que a criterio de la Autoridad Sanitaria Nacional sean necesarios.
- 7.- Aprobación de las notas técnicas y estudios actuariales para el establecimiento por parte de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y de las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, de los precios de los planes y de las tarifas de primas;
- 8.- Determinación en los contratos y pólizas tipo y sus anexos, de condiciones y cláusulas obligatorias, e identificación de cláusulas que se consideraren abusivas, en materia sanitaria;
- 9.- Emitir los dictámenes obligatorios en materia sanitaria previstos en esta Ley para la solución de controversias respecto de la aplicación y cumplimiento de los contratos.
- 10.- Ejercer competencia para la determinación y sanción de las faltas administrativas previstas en esta Ley.

La Autoridad Sanitaria Nacional efectuará inspecciones concurrentes de carácter periódico a las compañías para verificar el cumplimiento de lo previsto en este artículo.

CAPÍTULO IV
DE LOS PLANES, PROGRAMAS, MODALIDADES,
CONTRATOS Y PÓLIZAS.

Sección Primera
De los planes, programas y modalidades

Artículo 19.- Planes y programas.- Todos los planes y programas de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y de las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, deberán garantizar a los usuarios el acceso efectivo a los servicios de salud: ambulatorio, prehospitalario, hospitalario y de urgencias y emergencias médicas, y con las prestaciones integrales para la prevención, diagnóstico, tratamiento clínico o quirúrgico,





REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

incluyendo los auxiliares de diagnóstico, complementarios y específicos requeridos, rehabilitación, cuidados paliativos institucionales o domiciliarios, necesarios según la condición de salud del paciente, por ciclo de vida, edad y sexo, de acuerdo con el plan contratado.

Artículo 20.- Cobertura en razón de las personas.- Los planes y programas deberán ofrecer cobertura en razón de las personas ya sea como titulares, beneficiarios, dependientes o asegurados, para que reciban a cambio de una cotización, aportación individual o prima, cuyo monto dependerá del plan contratado, las prestaciones y beneficios oportunos y de calidad proporcionados por profesionales de la salud, establecimientos de salud, o de dispensación de medicamentos y dispositivos médicos.

Podrán ser considerados como beneficiarios de un plan o programa de servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros con cobertura de asistencia médica, toda persona, que tenga con el titular relación laboral, conyugal, de unión de hecho, o de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad.

Se prohíbe toda clase de exclusiones en razón de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socio-económica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva, temporal o permanente, y por lo tanto no se admitirán como criterio de rechazo de cobertura, suscripción o renovación de los contratos.

Artículo 21.- Requisitos formales.- Los planes y programas ofertados deberán estar redactados en idioma castellano, de modo que el consumidor tenga acceso a información adecuada, veraz, clara, oportuna, completa y precisa acerca del alcance y los límites de todas y cada una de las prestaciones ofertadas, montos de cobertura, tarifario aplicable, modalidad a utilizarse, sus características, calidad, condiciones de contratación y demás aspectos relevantes de los mismos.

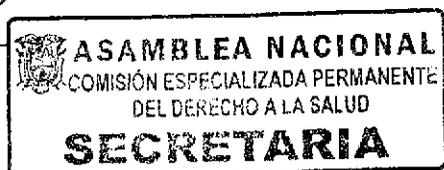
Los planes y programas no contendrán términos ambiguos, ambivalentes o que puedan conducir a equívocos, la información que reciba el consumidor sobre los planes y programas deberá incluir el contrato tipo aplicable a cada plan o programa y sus anexos, aprobados por la Autoridad Sanitaria Nacional, para asegurar su pleno conocimiento.

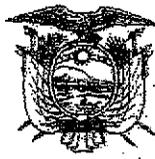
Los planes y programas aprobados podrán ser difundidos en otros idiomas oficiales de relación intercultural.

Artículo 22.- Modalidades.- Las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, mediante un sistema organizado de financiamiento, en virtud del pago de cotizaciones, aportaciones individuales, cuotas o primas, ofrecerán prestaciones sanitarias o coberturas de seguros de asistencia médica a través de modalidades abiertas, cerradas o mixtas, de modo que el usuario o asegurado tenga la posibilidad de escogitamiento de cualquiera de aquellas.

1.- Modalidad Abierta.- Para efectos de esta Ley se entenderá como modalidad abierta aquella por la cual el usuario, a su elección, recibirá atención sanitaria a través de terceros prestadores no relacionados con las compañías ofertantes, sean éstos personas naturales o jurídicas.

2.- Modalidad Cerrada.- Para efectos de esta Ley se entenderá como modalidad cerrada, aquella por la cual el usuario recibirá atención sanitaria únicamente a través de prestadores de servicios de





REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

salud relacionados con las compañías financiadoras en los ámbitos comercial o de integración societaria.

3.- Modalidad Mixta.- Para efectos de esta Ley se entenderá como modalidad mixta, aquella por la cual el usuario recibirá atención sanitaria mediante la combinación de las modalidades abierta y cerrada.

Sección Segunda
De los Contratos

Artículo 23.- Contratos.- Los contratos que se celebren al amparo de esta Ley, deberán estar escritos en idioma castellano y en otros idiomas ancestrales oficiales de relación intercultural, a solicitud del usuario; estar redactados de manera clara, de modo que sean de fácil comprensión para el usuario y con caracteres tipográficos fácilmente identificables y legibles. Los contratos no contendrán términos ambiguos, ambivalentes o que puedan conducir a equívocos respecto del servicio que se contrate. La falta de claridad en los textos del contrato producirá el efecto de vicio del consentimiento.

En los contratos que suscriban las compañías reguladas por esta Ley, intervendrán por un lado, quien ejerza la representación legal a nombre de las compañías reguladas por esta Ley; y, por otro, el titular del contrato, sea persona natural o jurídica, por sus propios y personales derechos, o por los que represente individual, grupal, empresarial o corporativamente y a nombre de las personas que consten como dependientes, usuarios, afiliados, beneficiarios o asegurados. Para efectos de presentación de quejas, reclamaciones y acciones judiciales, los usuarios, dependientes, afiliados, beneficiarios o asegurados, tendrán plena capacidad para ejercerlas, en defensa de sus propios y personales derechos.

Su estructura y contenidos se sujetarán a los contratos y pólizas tipo y sus anexos, aprobados por la Autoridad Sanitaria Nacional para las prestaciones de salud que cubran dichos contratos; y, en todo lo que sea aplicable, a lo previsto en la Ley Orgánica de Defensa del Consumidor, en lo atinente a protección contractual.

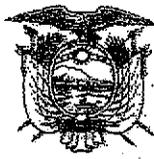
Artículo 24.- Objeto del contrato.- El objeto de los contratos de prestación de servicios de atención integral de salud prepagada, contendrá la obligación del financiamiento, el detalle de las prestaciones de salud materia de la contratación aprobadas por la Autoridad Sanitaria Nacional, sus contenidos, alcances y límites.

El objeto deberá además contener el detalle de las prestaciones sanitarias sujetas a la modalidad de copago; y los porcentajes que le corresponde cubrir a cada parte contratante; así como establecer los requisitos documentales necesarios para que se produzcan los reembolsos de los pagos realizados por el usuario; el plazo para que se cubran dichos reembolsos, según el porcentaje contractual atribuido a la compañía, que en ningún caso podrá exceder de sesenta días.

Los contratos de seguro que celebren las compañías de seguros que oferten cobertura de asistencia médica se someterán a las normas que sobre la materia contiene la legislación vigente.

Artículo 25.- Condiciones comunes.- Los contratos para el financiamiento de prestaciones de servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros con cobertura de asistencia médica, contendrán las condiciones comunes de carácter general, y de carácter sanitario. Sin perjuicio de





REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

lo señalado en este artículo, las compañías de seguros que oferten seguros con cobertura de asistencia médica, están sujetas a las disposiciones del Código Orgánico Monetario Financiero y más legislación vigente.

Artículo 26.- Condiciones generales.- Serán condiciones generales las siguientes:

- 1.- Responder a normas de igualdad y equidad entre las partes contratantes;
- 2.- Señalamiento taxativo de la documentación indispensable para que operen las prestaciones y contraprestaciones tanto de carácter sanitario, cuanto de carácter económico.
- 3.- Inclusión de cláusulas relativas a la solución de controversias, en la forma prevista en la Ley.
- 4.- Señalamiento taxativo de causales para la terminación anticipada de los contratos que se originen en los incumplimientos de las obligaciones contractuales tanto de la compañía cuanto del afiliado o asegurado, observando estrictamente la Ley Orgánica de Defensa del Consumidor;
- 5.- Otras que determinen los organismos de control.

Se tendrá por no escrita toda estipulación contractual que contradiga las disposiciones previstas en las leyes, las de los contratos tipo y sus anexos aprobados por la Autoridad Sanitaria Nacional.

Artículo 27.- Condiciones de carácter sanitario.- Serán condiciones de carácter sanitario, las siguientes:

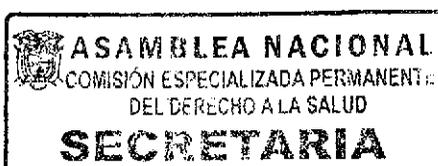
- 1.- Ceñir su contenido en cuanto a prestaciones sanitarias a lo establecido en esta Ley, la Ley Orgánica de Salud, reglamentos y más normativa expedida por la Autoridad Sanitaria Nacional;
- 2.- El detalle expreso de las exclusiones y no coberturas deberá constar en los anexos del contrato, que serán ampliamente difundidos, conocidos, aceptados y suscritos por el titular del contrato. En ningún caso deben constar como exclusiones las condiciones médicas preexistentes determinadas y registradas de manera unilateral por las compañías.
- 3.- Se prohíben estipulaciones contractuales, que regulen o pretendan regular la duplicidad de amparo, u otras de la misma naturaleza, bajo cualquier denominación, que tengan como propósito limitar de cualquier forma el cumplimiento de las obligaciones contractuales, principalmente en materia de financiamiento de la atención integral de salud prepagada y de cobertura de riesgos, para las compañías de seguros.

Los contratos de seguro que oferten coberturas de asistencia médica se regularán, en lo que corresponda, por las normas de esta Ley, por las disposiciones del Código Orgánico Monetario y Financiero y demás normativa aplicable.

Artículo 28.- Plazo.- El plazo de los contratos para el financiamiento de servicios de atención integral de salud prepagada, no podrá ser menor a un año calendario renovable.

Artículo 29.- Precio.- El precio que se fije en los contratos guardará conformidad con las notas técnicas y estudios actuariales aprobados por la Autoridad Sanitaria Nacional.

Las referidas notas técnicas deberán contener entre otros los costos técnicos, gastos





REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

administrativos autorizados por la Superintendencia de Compañías Valores y Seguros, laborales, catálogo valorizado de prestaciones, honorarios profesionales y márgenes de utilidad. Los estudios actuariales deberán contemplar las características del portafolio de usuarios. Tanto las notas técnicas, cuanto los estudios actuariales serán elaborados por actuarios independientes de las compañías controladas, debidamente calificados por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.

El precio previsto en el contrato será pactado en moneda de curso legal y su revisión se sujetará a lo que establezca la correspondiente nota técnica aprobada, tomando en consideración la totalidad de afiliados de cada plan y el grupo etéreo al que pertenezcan. En ningún caso la revisión o el incremento del precio podrá basarse en siniestralidad individual. En los planes empresariales, grupales y corporativos, la revisión del precio se realizará de común acuerdo entre las partes.

Se prohíbe expresamente a las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, o de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, efectuar incrementos del precio de manera unilateral mientras transcurra el plazo estipulado en el contrato.

Artículo 30.- Cláusulas contractuales obligatorias.- Todos los contratos para el financiamiento de servicios de atención integral de salud prepagada, así como los de seguros con cobertura de asistencia médica deberán contener en favor de sus afiliados y asegurados, las siguientes cláusulas obligatorias:

1.- Enfermedades crónicas y catastróficas sobrevinientes a la contratación.- Establecer como obligación contractual la prohibición de incrementos adicionales a las tarifas o primas de los planes contratados, ante el apareamiento de enfermedades crónicas y catastróficas, sobrevinientes a la contratación y de negar la renovación de los contratos por dichas causas.

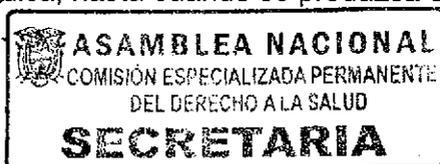
2.- Atención de la emergencia médica.- Cubrir el financiamiento para la atención de toda emergencia médica, hasta el monto de la cobertura contratada, al momento del requerimiento efectuado por el prestador del servicio de salud. En este caso la atención deberá prestarse obligatoriamente en cualquier establecimiento de salud.

Si el usuario no está en condiciones de ser trasladado a un establecimiento de salud, podrá solicitar en el lugar donde se encuentre, la presencia de un servicio de atención de emergencias médicas ambulatorias.

3.- Tarifa cero.- Los afiliados y asegurados, deberán recibir obligatoriamente, con cargo a la tarifa contratada, prestaciones de prevención primaria, que deberán ser determinadas y reguladas por la Autoridad Sanitaria Nacional.

4.- Otras que determine la Autoridad Sanitaria Nacional.

Artículo 31.- Terminación Anticipada de los contratos.- Las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, no podrán unilateralmente dar por terminado un contrato, salvo lo dispuesto en el artículo 38 numeral 3, o por incumplimiento de las contraprestaciones económicas por parte del titular, dicha causal se configurará con el impago de tres meses consecutivos, y la notificación por escrito por parte de la compañía al titular del contrato, durante el periodo de mora, la compañía, previa notificación al usuario, podrá suspender el financiamiento para la cobertura de las prestaciones contratadas, excepto para la que corresponda a emergencia médica, hasta cuando se produzca el pago de las cuotas adeudadas.





REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

En lo relativo a la terminación unilateral del contrato por parte del titular, se estará a lo previsto en la Ley Orgánica de Defensa del Consumidor.

El fallecimiento del titular en el caso de persona natural o la extinción en el caso de persona jurídica, no producirá la terminación anticipada del contrato.

En el caso de personas naturales, las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, están obligadas a mantener todas y cada una de las coberturas del plan contratado, en favor de los usuarios, dependientes y beneficiarios contractuales, por el período de un año, contado a partir de la fecha del deceso, sin que éstos estén en la obligación de pagar contraprestación económica alguna.

En el caso de extinción de persona jurídica, las compañías están obligadas a mantener las condiciones del contrato corporativo o empresarial, siempre y cuando, dentro de los 30 días siguientes, al menos el ochenta y cinco por ciento de los usuarios, dependientes y beneficiarios contractuales, de común acuerdo, mediante instrumento notariado manifiesten su voluntad de permanecer al amparo de los derechos y obligaciones contractuales originarios, por el plazo de dos años, contado a partir de la fecha de extinción de la persona jurídica, para el efecto el compromiso deberá incluir la obligación del pago de las contraprestaciones económicas pactadas.

Artículo 32.- Restablecimiento de vigencia de los contratos.- Producida la terminación anticipada de un contrato, por decisión unilateral del titular del mismo, éste podrá, por una sola ocasión, solicitar a la compañía, el restablecimiento de su vigencia, con las mismas condiciones originarias, dentro de los tres meses posteriores a dicha terminación, debiendo cumplir, si fuere el caso, con las contraprestaciones económicas correspondientes.

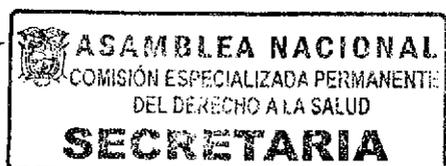
Para que opere el restablecimiento de vigencia de los contratos referidos a planes corporativos, empresariales y grupales, las partes contratantes deberán acordar expresamente dicho restablecimiento, en los términos constantes en el acuerdo que se suscriba para el efecto.

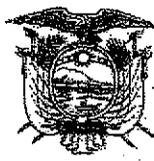
Artículo 33.- Prohibición expresa.- Se prohíbe a las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, negarse a celebrar un contrato o renovarlo por razón de enfermedades preexistentes, estado actual de salud, sexo, o edad.

Se prohíbe también a las aludidas compañías modificar las condiciones de los contratos para el financiamiento de prestaciones de salud y de los de seguros de asistencia médica, para disminuir, restringir o eliminar la cobertura contratada, por el hecho de que los usuarios o asegurados cumplan o tengan sesenta y cinco años de edad o más, siempre que dichos contratos posean una continuidad mínima previa de cinco años. En ningún caso se admitirán cambios o modificaciones anteriores para eludir lo dispuesto en este inciso.

Artículo 34.- Preexistencias.- Se considerará preexistencia cualquier enfermedad, patología o condición de salud, que haya sido conocida por la o el usuario, beneficiario, afiliado, dependiente o asegurado y diagnosticada médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato o a la incorporación de la o el beneficiario.

Las condiciones de cobertura de asistencia médica o de salud para las personas con discapacidad





REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

se sujetarán a lo previsto en la Ley de la materia y más normativa vigente.

En los contratos individuales que suscriban las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, y las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, las enfermedades preexistentes debidamente declaradas, recibirán obligatoriamente cobertura, por un monto anual de veinte (20) salarios básicos unificados del trabajador en general, dicha cobertura aplicará después de un periodo de carencia de veinte y cuatro (24) meses, contado a partir de la fecha de suscripción del respectivo contrato. El monto de cobertura podrá ser ampliado y el periodo de carencia reducido, en virtud del acuerdo libre y voluntario de las partes.

Los contratos empresariales, corporativos y grupales, recibirán cobertura total o parcial para dichas enfermedades, siempre que dicha cobertura haya sido acordada libre y voluntariamente entre las partes; cuando la cobertura contratada sea total no se admitirá condición o restricción alguna.

En los contratos con cobertura de enfermedades preexistentes, el usuario, beneficiario, afiliado, dependiente o asegurado recibirá, desde el momento de la contratación, cobertura de las prestaciones que no fueran parte de la preexistencia.

Las compañías podrán presentar reclamo administrativo, en la forma prevista en esta ley, para alegar preexistencia no declarada al tiempo de la contratación, cuando consideraren que el titular, usuario, beneficiario, afiliado, dependiente o asegurado conocía la existencia de su enfermedad, patología o condición de salud, por presentar manifestaciones clínicas y alteraciones físicas que por sus signos y síntomas característicos y evidentes, no pudieron pasar desapercibidos, en cuyo caso, la Autoridad competente dirimirá el mismo, en mérito al expediente y a las pruebas actuadas.

Artículo 35.- Obligaciones comunes de las compañías.- Son obligaciones de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y de las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, las siguientes:

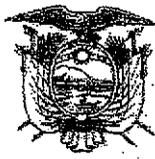
1.- Ofrecer información en calidad y cantidad suficiente para la toma de decisiones sobre los planes, programas y modalidades ofertadas. Dicha información deberá señalar con claridad las semejanzas y diferencias que caracterizan a los planes, programas y modalidades, sus beneficios, alcances y limitaciones, de tal modo que sea asequible al pleno conocimiento de los consumidores y publicada en la página web de la compañía;

2.- Otorgar el financiamiento, para la cobertura de todas las prestaciones previstas en los planes contratados, en el caso de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, asumiendo los costos de los servicios de salud y prestaciones sanitarias contractualmente estipulados; y en el caso de las compañías de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, pagando las indemnizaciones contratadas, asumiendo directa o indirectamente o aceptando y cediendo riesgos, con carácter resarcitorio o indemnizatorio, dentro de los límites convenidos en los contratos respectivos, con sujeción a lo previsto en la Ley.

3.- Notificar inmediatamente al usuario cuando la prestación no se encuentre cubierta o exceda el monto de la cobertura.

4.- Llevar un registro actualizado del portafolio de titulares, beneficiarios, usuarios, dependientes o asegurados, con detalle del tipo de planes y montos de cobertura. Dicha información tendrá el carácter de confidencial y será suministrada mensualmente a la Autoridad Sanitaria Nacional, únicamente para efectos de formulación e implementación de políticas públicas.





REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

- 5.- No establecer incrementos adicionales de manera individual a los aportes, cuotas o primas del plan contratado, ante el apareamiento de enfermedades crónicas y/o catastróficas, ni negar la renovación de los contratos;
- 6.- Garantizar los derechos de los afiliados, usuarios, dependientes, beneficiarios o asegurados, en caso de disolución y liquidación voluntaria o forzosa, en los términos previstos en la Ley;
- 7.- Suministrar la información que sea requerida por los organismos de regulación y control previstos en esta Ley;
- 8.- En las modalidades cerrada y mixta, en la parte que corresponda, velar para que las prestaciones de los servicios de salud cumplan con los estándares de calidad establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional; y, exigir a los prestadores sanitarios encargados de dichas prestaciones, acrediten las respectivas aprobaciones académicas o licenciamiento, según corresponda.
- 9.- Implementar tecnologías de la información y comunicación, para facilitar la relación interactiva entre las compañías, los prestadores de servicios de salud y los usuarios, principalmente en materia de tramitación administrativa de las prestaciones y contraprestaciones económicas de los contratos, reembolsos, etc.

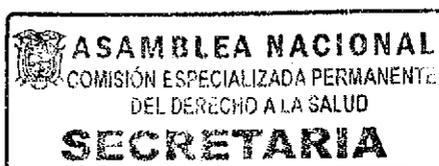
CAPÍTULO V
DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y DE LOS USUARIOS

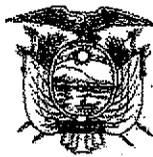
Artículo 36.- De los prestadores de los servicios de salud.- La Regulación y control de los prestadores de servicios de salud, su habilitación, el control de la calidad en el cuidado integral de la salud y otros aspectos en la materia, se sujetarán a lo previsto en esta Ley, en la Ley Orgánica de Salud, en el Código Orgánico Integral Penal y demás normativa vigente.

Artículo 37.- Corresponsabilidad civil y administrativa.- Las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, serán responsables subsidiarias, en los ámbitos civil y administrativo, declarada dicha responsabilidad por Juez o autoridad competente, respecto de los perjuicios que se originen por deficiencias de calidad en la prestación de los servicios de salud contratados bajo la modalidad cerrada, y en la parte que corresponda de la modalidad mixta, conforme lo dispuesto en esta Ley.

Artículo 38.- Obligaciones de los usuarios.- Son obligaciones de los usuarios, las siguientes:

- 1.- Cumplir sus obligaciones contractuales;
- 2.- Pagar las contraprestaciones económicas en los plazos previstos en los contratos
- 3.- Actuar de buena fe a la hora de contraer obligaciones contractuales; presunción que admite prueba en contrario, que de producirse, mediante reclamo, sustanciado de acuerdo a lo previsto en esta Ley, será causal de terminación del contrato.





REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

CAPÍTULO VI
PROCEDIMIENTO PARA LA SUSTANCIACIÓN DE RECLAMOS EN EL ÁMBITO ADMINISTRATIVO

Sección Primera
Reclamo Administrativo

Artículo 39.- Acuerdo directo.- Las partes procurarán solucionar de modo directo las potenciales controversias que surjan de la aplicación de los contratos suscritos con compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, para lo cual, la parte que se crea perjudicada planteará queja por escrito a la otra, en la que exprese su posición, dentro del término de siete días, contado a partir de la negativa a cubrir el financiamiento de las prestaciones sanitarias o del incumplimiento de las obligaciones contractuales por parte del usuario. Si dentro del término de ocho días, posteriores a la presentación de la queja, no se llegare a una solución amistosa, la parte que se creyere perjudicada, quedará en libertad de plantear el reclamo administrativo correspondiente, en los términos previstos en esta Ley, otras acciones judiciales a que hubiere lugar, o mecanismo o procedimiento alternativos de solución de conflictos, a elección del actor.

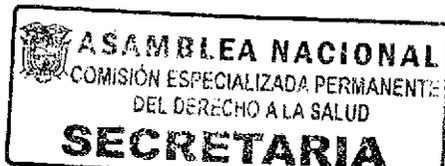
El procedimiento anterior no excluye el derecho del actor de plantear de modo directo las acciones judiciales a que hubiere lugar, o de emplear del mismo modo, mecanismos o procedimientos alternativos de solución de conflictos.

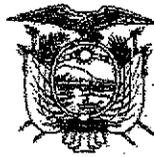
Artículo 40.- Reclamo en sede administrativa.- Los reclamos que sobre la aplicación y cumplimiento de los contratos fueren planteados por las partes contratantes, se sustanciarán observando el procedimiento previsto en este capítulo, normas que prevalecerán por su especialización sobre las constantes en otros cuerpos legales. El usuario podrá acudir a la Defensoría del Pueblo para recibir orientación y asesoramiento respecto de la protección y tutela de sus derechos en el marco de lo establecido en esta Ley.

Sección Segunda
Procedimiento para la sustanciación del reclamo administrativo

Artículo 41.- Procedimiento.- Los reclamos administrativos que presenten las partes por contratos suscritos con compañías de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, se someterán a lo previsto en la Ley General de Seguros, contenida en el libro III del Código Orgánico Monetario y Financiero y a las normas de esta Ley en cuanto a contar con el dictamen obligatorio y vinculante de la Autoridad Sanitaria Nacional cuando los asuntos controvertidos versen sobre temas sanitarios.

Los titulares o usuarios de los contratos suscritos con las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, podrán presentar reclamo administrativo debidamente fundamentado y respaldado documentariamente ante el o la Intendente/a de Compañías, de la jurisdicción de su domicilio, dentro del término de sesenta días (60) días, contado a partir de la fecha de vencimiento del término establecido para el acuerdo directo, si éste no se hubiere producido, a fin de que la autoridad corra traslado con el reclamo a la otra parte, para que lo conteste dentro del término de diez días, contado a partir de la notificación con el reclamo. Cuando la controversia





REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

versare sobre asuntos sanitarios, concomitantemente al traslado, se solicitará dictamen a la Autoridad Sanitaria Nacional que deberá ser emitido obligatoriamente, dentro del término de quince días, contado a partir del requerimiento.

Con la contestación o sin ella, y con o sin el dictamen de la Autoridad Sanitaria Nacional, el Intendente/a, dentro del término de cuarenta y cinco días, contado a partir de la presentación del reclamo, dirimirá administrativamente la controversia, aceptando total o parcialmente el reclamo o negándolo. De haberse emitido dictamen, éste tendrá el carácter de vinculante. Sin embargo, la autoridad competente, en ningún caso resolverá reclamos formulados por las compañías alegando preexistencia no declarada sin contar con el dictamen de la Autoridad Sanitaria Nacional.

En caso de aceptación total o parcial del reclamo, ordenará el cumplimiento de las obligaciones reclamadas en los términos previstos en el contrato, dentro del término de quince días, contado a partir de la notificación con la resolución administrativa.

Artículo 42.- Recurso de Apelación.- La resolución podrá ser impugnada en sede administrativa, mediante recurso de apelación que se presentará ante la autoridad que expidió la resolución, para ante el Superintendente/a de Compañías, Valores y Seguros, dentro del término de diez días contado desde la fecha de notificación de dicha resolución.

El Superintendente/a de Compañías, Valores y Seguros, en base al expediente, emitirá resolución dentro del término de treinta días, contado a partir de la recepción de aquel.

La decisión no recurrida del Intendente/a, en el término previsto en esta Ley, y la que adopte el Superintendente/a quedarán en firme y causarán estado en sede administrativa, sin perjuicio de la acción contencioso administrativa a que hubiere lugar, que por parte de la compañía, sólo podrá plantearse cuando ésta hubiere honrado las obligaciones contractuales materia de la controversia.

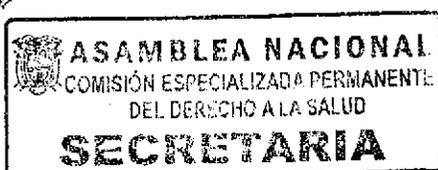
No se admitirán reclamos administrativos, una vez ejercida la acción contencioso administrativa u otras de carácter judicial.

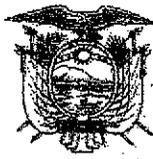
Artículo 43.- Incumplimiento de resolución.- El incumplimiento por parte de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, de lo resuelto por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, que haya causado estado en sede administrativa, será causal de disolución y liquidación forzosas.

Artículo 44.- Reclamo formulado por las compañías.- Los reclamos que planteen las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, en sede administrativa, se sustanciarán de conformidad con el procedimiento y las normas precedentes.

Artículo 45.- Caducidad del reclamo en sede administrativa.- Caduca el derecho de las partes a presentar reclamo en sede administrativa, cuando no hubieren ejercido su derecho dentro del término previsto en esta Ley.

Artículo 46.- Procedimiento alternativo para la solución de controversias.- No obstante lo señalado en los artículos anteriores, las partes, para la solución de las controversias que se deriven de la aplicación de los contratos suscritos con compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, podrán, con sujeción a la Ley de la materia, de común acuerdo, someter el asunto o asuntos controvertidos a mediación o arbitraje, como mecanismos alternativos de solución de conflictos.





REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

CAPÍTULO VII
COMPETENCIA, FALTAS ADMINISTRATIVAS Y RÉGIMEN SANCIONATORIO

Sección Primera
Competencia

Artículo 47.- Competencia de la Autoridad Sanitaria Nacional.- La Autoridad Sanitaria Nacional, ejercerá competencia para determinar y sancionar, las faltas administrativas en materia sanitaria previstas en los numerales 1, 2 y 3 del artículo 51 y las contenidas en los numerales 1, 2, 3, 4, 5 y 6 del artículo 52 de esta Ley, en que incurrieren las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica.

Para el ejercicio de esta competencia, la unidad administrativa que designe la Autoridad Sanitaria Nacional, de conformidad con la Ley Orgánica de Salud, actuará como autoridad de primera instancia; y, el o la Ministro/a de Salud como autoridad de segunda instancia.

Artículo 48.- Competencia de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.- La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, ejercerá competencia para determinar y sancionar, las faltas administrativas previstas en los numerales 4, 5 y 6 del artículo 51, las contenidas en los numerales 7, 8 y 9 del artículo 52, y las estipuladas el artículo 53 de esta Ley, en que incurrieren las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica.

Para el ejercicio de esta competencia, el o la Intendente/a de Compañías, actuará como autoridad de primera instancia; y, la o el Superintendente/a de Compañías, Valores y Seguros, como autoridad de segunda instancia.

Sección Segunda
Faltas Administrativas y Régimen Sancionatorio

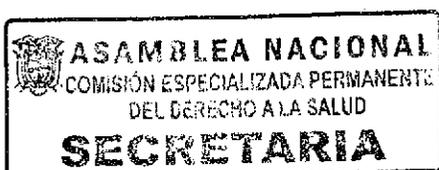
Artículo 49.- Sanciones.- Las sanciones a imponerse en sede administrativa son:

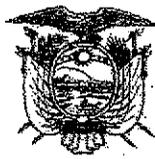
- 1.- Multa; y,
- 2.- Disolución y liquidación forzosa de las compañías.

Estas sanciones se aplicarán sin perjuicio de las que se deriven de acciones judiciales a que hubiere lugar.

Artículo 50.- Infracciones.- Para efecto de determinación de responsabilidades por el cometimiento de faltas administrativas, que en materia sanitaria incurran las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, éstas se clasificarán en leves, graves y muy graves.

Artículo 51.- Faltas leves.- Serán consideradas faltas leves las siguientes:





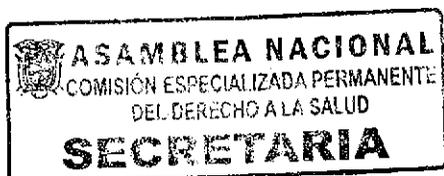
REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

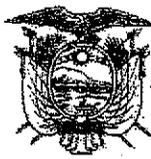
- 1.- No brindar al usuario, información adecuada, veraz, clara, oportuna, completa y precisa acerca del alcance y los límites de todas y cada una de las prestaciones ofertadas, coberturas, tarifario aplicable, modalidad a utilizarse, sus características, calidad, condiciones de contratación y demás aspectos relevantes de los mismos, en la forma prevista en esta Ley.
- 2.- No remitir información que solicite la Autoridad Sanitaria Nacional, según lo dispuesto en esta Ley.
- 3.- No llevar un registro actualizado del portafolio de titulares, beneficiarios, usuarios, dependientes y asegurados en la forma prevista en esta Ley;
- 4.- Para efectos de aplicación de esta Ley, no remitir la información que solicite la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, para el ejercicio de sus obligaciones de supervisión y control.
- 5.- No responder a las peticiones formuladas por los titulares, beneficiarios, usuarios, afiliados, dependientes o asegurados;
- 6.- No ofertar las modalidades abierta, cerrada o mixta, según lo dispuesto en la presente Ley;

El cometimiento de faltas leves será sancionado con multa de diez salarios básicos unificados del trabajador en general.

Artículo 52.- Faltas graves.- Serán consideradas faltas graves las siguientes:

- 1.- Establecer unilateralmente valores adicionales a los contratados;
- 2.- Modificar de modo unilateral y sin autorización de la Autoridad Sanitaria Nacional, las estipulaciones contractuales sanitarias.
- 3.- Realizar valoraciones médicas con fines de exclusión para las prestaciones de salud;
- 4.- En las modalidades cerrada y mixta, en la parte que corresponda, no exigir a los prestadores sanitarios encargados de dichas prestaciones, acrediten las respectivas aprobaciones académicas y/o licenciamiento, según corresponda.
- 5.- Ofertar o comercializar planes de cobertura sanitaria no autorizados por el organismo competente;
- 6.- No observar las disposiciones de esta Ley para la fijación de precios de los contratos;
- 7.- Modificar de modo unilateral y sin autorización de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, las estipulaciones contractuales no sanitarias.
- 8.- Emplear publicidad engañosa o abusiva en la oferta de planes y programas para la cobertura de prestaciones de salud, sin perjuicio de lo previsto en otras leyes respecto de la suspensión y rectificación de contenidos;
- 9.- No cumplir con el reembolso, o no pagar el seguro contratado, no impugnados u objetados, en los plazos previstos en la Ley.





REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

El cometimiento de faltas graves será sancionado con multa de treinta salarios básicos unificados del trabajador en general.

Artículo 53.- Faltas muy graves.- Serán consideradas faltas muy graves las siguientes:

1.- Incumplimiento de las resoluciones en firme, emitidas en sede administrativa por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, que acepten total o parcialmente los reclamos planteados.

2.- Incumplimiento de las resoluciones y regulaciones que expidan la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros y la Junta de Política y Regulación Monetaria y Financiera, para el cumplimiento por parte de las compañías de lo dispuesto en el artículo 10 y de la disposición general primera de esta Ley.

3.- No cubrir el financiamiento que sea necesario para la atención de la emergencia médica, en los términos establecidos en esta Ley;

El cometimiento de faltas muy graves será sancionado con disolución y liquidación forzosa de las compañías y multa de sesenta salarios básicos unificados del trabajador en general. Para la ejecución de esta sanción, la Superintendencia de Compañías Valores y Seguros, se sujetará a lo previsto en las Leyes de la materia.

Artículo 54.- Reincidencia.- La reincidencia en el cometimiento de faltas leves y graves, en sede administrativa, será sancionada con el doble de la multa establecida en la última resolución.

Artículo 55.- Responsabilidad solidaria.- Los propietarios, administradores o representantes legales de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, serán solidariamente responsables del pago de las multas por faltas administrativas.

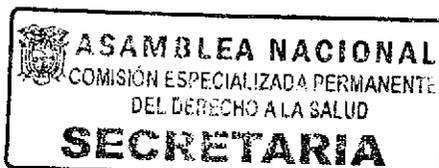
Artículo 56.- Destino de las multas.- Los recursos que se recaudaren por las multas impuestas por infracciones a esta Ley, serán depositados en la Cuenta Única del Tesoro Nacional.

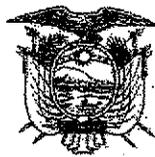
Artículo 57.- Contratos no aprobados.- La Autoridad Sanitaria Nacional, para el caso de contratos no aprobados, procederá conforme lo dispuesto en la Ley Orgánica de Salud.

Sección Tercera
Procedimiento para la determinación
y sanción de faltas administrativas

Artículo 58.- Procedimiento administrativo.- La autoridad de primera instancia, de oficio o a petición de parte, con base en el informe de los servidores de la entidad, instancia o unidad administrativa correspondiente, en el que se presume el cometimiento de una falta administrativa, dispondrá mediante resolución debidamente motivada, el inicio y sustanciación del proceso administrativo de determinación y sanción, con el que se notificará al presunto responsable, dentro de los cinco días término, siguientes a la expedición de dicha resolución, acompañando los documentos que sirvieron de base para el inicio del respectivo expediente.

La compañía notificada, dentro del término de cinco días, dará contestación a la resolución que dio inicio al proceso, adjuntando las pruebas que sustenten su argumentación.





REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

Si en la contestación, el presunto responsable reconoce el cometimiento de la falta administrativa, la autoridad de primera instancia, sin más trámite, en el término de cinco días, emitirá la resolución que corresponda. Con la contestación o sin ella se continuará con el procedimiento.

De oficio o a petición de parte, la autoridad de primera instancia, dispondrá la apertura de un periodo de prueba, por un término no mayor a diez días, dentro del cual se practicarán las diligencias necesarias para el esclarecimiento de los hechos.

Concluido el término para la contestación o para el periodo de prueba, la autoridad de primera instancia, dentro del término de ocho días, emitirá la resolución que corresponda, de la cual se podrá interponer recurso de apelación para ante la o el Ministro/a de Salud Pública, o ante la o el Superintendente/a de Compañías, Valores y Seguros, según corresponda, dentro de los tres días término posteriores a la notificación de la resolución sancionadora.

La autoridad de primera instancia notificará al recurrente, dentro del término de cinco días, con la concesión del recurso, y remitirá el expediente a la autoridad de segunda instancia, que en base al análisis de los fundamentos esgrimidos en el escrito de interposición del recurso y de los documentos y pruebas constantes en el expediente, en el término de treinta días, contado a partir de dicha notificación, dictará resolución motivada, en la que confirme, revoque, modifique o sustituya la resolución impugnada.

De la resolución que dicte la o el Ministro/a de Salud Pública, o la o el Superintendente/a de Compañías, Valores y Seguros, según corresponda, no podrá interponerse recurso alguno en la vía administrativa.

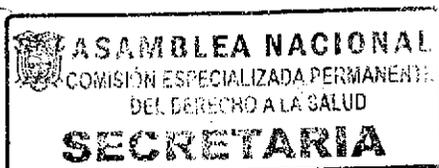
Si en la primera o segunda instancia del proceso administrativo se conociere del cometimiento de delitos, se remitirá la documentación respectiva a la Fiscalía General del Estado para que se ejerza la acción penal correspondiente.

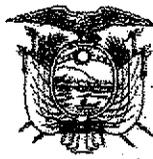
Artículo 59.- Prescripción.- El ejercicio de la facultad para determinar y sancionar las faltas administrativas prescribe en el plazo de ciento ochenta días, contado a partir del día en que se cometió la presunta falta, si el proceso administrativo sancionador no se hubiere iniciado, caso contrario, el plazo se contará desde la última actuación constante en el expediente.

Las sanciones administrativas prescribirán en el plazo de ciento ochenta días, contado desde el día siguiente a aquel en que adquiera firmeza la resolución por la que se impone la sanción, siempre que no se haya iniciado la acción coactiva.

Artículo 60.- Jurisdicción coactiva.- La Autoridad Sanitaria Nacional y la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, ejercerán jurisdicción coactiva para la recaudación de las multas que esta Ley determina, con sujeción a la normativa vigente.

Artículo 61.- Impugnación.- La decisión de la autoridad de primera instancia, no recurrida en el término previsto en esta Ley, y la que adopte la o el Ministro/a de Salud Pública, o la o el Superintendente/a de Compañías, Valores y Seguros, según corresponda, quedarán en firme y causarán estado en sede administrativa, sin perjuicio de su impugnación en la vía contencioso administrativa, en la forma prevista en el Código Orgánico General de Procesos.





REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

DISPOSICIONES GENERALES

Primera.- La Junta de Política y Regulación Monetaria y Financiera, prevista en el Código Orgánico Monetario y Financiero, tendrá facultad para emitir regulaciones aplicables a las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, principalmente de carácter económico, financiero y contable y específicamente en relación a los regímenes de reservas técnicas, reservas mínimas, provisiones, patrimonio técnico, inversiones obligatorias, requerimientos patrimoniales y de liquidez y otros que garanticen su adecuada gestión y solvencia, así como su forma de cálculo, en los términos establecidos en el Código Orgánico Monetario y Financiero y en el marco de la política económica.

Segunda.- En todo lo no previsto en esta Ley, respecto de las compañías de seguros que ofrezcan cobertura de seguros de asistencia médica, se estará a lo dispuesto en el Código Orgánico Monetario y Financiero para el régimen de seguros, la Ley de Compañías y demás normativa aplicable.

Tercera.- Sin perjuicio del régimen sancionatorio previsto en esta Ley, se aplicarán los regímenes sancionatorios previstos en la Ley de Compañías y en el Código Orgánico Monetario y Financiero, en el contexto de dichos cuerpos legales.

Cuarta.- Será obligatorio para las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, realizar la respectiva coordinación de beneficios y observar el procedimiento establecido por la Autoridad Sanitaria Nacional para la prelación de pagos, entre entidades públicas y privadas, con la finalidad de cubrir las prestaciones a sus beneficiarios en sus contingencias.

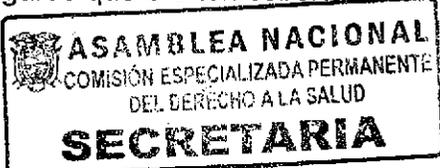
Quinta.- El valor de las prestaciones de salud pagado por instituciones de la Red Pública Integral de Salud a establecimientos de salud privados, por atención a pacientes que sean titulares, afiliados, dependientes, usuarios, asegurados o beneficiarios de compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada o de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, será reembolsado obligatoriamente por esas compañías a la institución de la red que haya sufragado dicho pago, hasta el monto de lo contratado.

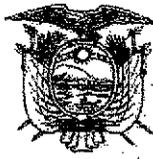
Sexta.- La Autoridad Sanitaria Nacional determinará un mecanismo sistemático para identificar y clasificar los planes y programas existentes en el mercado a cargo de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y de las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, con la finalidad de que dicho instrumento garantice la eficiencia y eficacia en el cumplimiento de las atribuciones de regulación y control de los organismos establecidos en la presente Ley.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Primera.- La o el Presidente de la República, dictará el Reglamento a esta Ley, dentro del plazo de noventa días, contado a partir de su publicación en el Registro Oficial.

Segunda.- En el plazo de treinta días, contado a partir de la publicación de esta Ley en el Registro Oficial, las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, deberán remitir a la Autoridad





REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

Sanitaria Nacional toda la información referida a notas técnicas, portafolio de clientes, cartera de servicios y la que fuere necesaria para que la dicha autoridad dicte la normativa e instrumentos previstos en la disposición transitoria novena de esta Ley.

Tercera.- En el plazo de cuarenta y cinco días, contado a partir de la publicación de esta Ley en el Registro Oficial, las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada actualmente existentes en el país, deberán realizar todos los actos y contratos societarios indispensables para adaptar su estructura estatutaria y reglamentaria a las exigencias previstas en esta Ley, tales como constitución, aumentos de capital, reforma de estatutos, fusiones y si fuere el caso transformaciones.

Cuarta.- La Junta de Política y Regulación Monetaria y Financiera, en el plazo de treinta días, contado a partir de la publicación de esta Ley en el Registro Oficial, emitirá las regulaciones que correspondan, aplicables a las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, para cumplir con las obligaciones previstas en la disposición general primera de esta Ley.

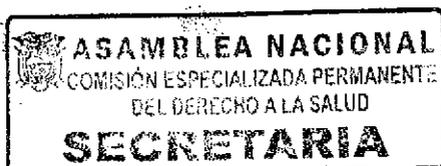
Quinta.- Se establece el plazo de noventa días, contado a partir de la publicación en el Registro Oficial de la regulación a la que se refiere la disposición transitoria anterior, para que las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada realicen los ajustes contables indispensables para estructurar las reservas técnicas previstas en este cuerpo normativo; y el de tres años, contado a partir de dicha publicación, para provisionar las referidas reservas.

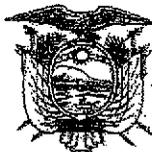
Sexta.- Los procesos administrativos que se hubieren iniciado al amparo de lo establecido en la Ley que Regula el Funcionamiento de las Empresas Privadas de Salud y Medicina Prepagada; y, del Código Orgánico Monetario y Financiero por contratos suscritos por las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, continuarán sustanciándose hasta su conclusión, de acuerdo con las disposiciones legales al amparo de las cuales se iniciaron.

Séptima.- La Autoridad Sanitaria Nacional emitirá, dentro del plazo de sesenta días, contado a partir de la publicación de esta Ley en el Registro Oficial, las regulaciones, lineamientos y más instrumentos previstos en esta Ley.

Octava.- Dentro del plazo de ciento veinte días, contado a partir del vencimiento del plazo previsto en la disposición transitoria anterior, la Autoridad Sanitaria Nacional aprobará las notas técnicas, estudios actuariales, los planes, programas y modalidades para la prestación de los servicios de atención integral de salud prepagada y de cobertura de seguros de asistencia médica, incluidos los que se oferten en el país para coberturas internacionales, así como los contratos y pólizas tipo y sus anexos, aplicables para cada uno de los planes programas y modalidades, ajustados a las disposiciones de la presente Ley. Dentro del referido plazo, para el cumplimiento de esta disposición las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, y las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, están obligadas a remitir para el efecto, a dicha autoridad, los instrumentos mencionados.

Novena.- En el plazo que discurra entre la publicación de la presente Ley en el Registro Oficial y el establecido para su vigencia, los contratos que hayan sido suscritos, y se hallen en curso, los nuevos que se suscriban y los que se renueven se cumplirán al amparo de la "Ley que Regula el Funcionamiento de las Empresas Privadas de Salud y Medicina Prepagada". En cuanto a los plazos,





REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

los contratos suscritos, y que se hallen en curso durarán hasta el cumplimiento del plazo contractual estipulado, en tanto que los contratos nuevos que se suscriban y los que se renueven, por esta única ocasión, durarán hasta la fecha de entrada en vigencia de esta Ley, fecha a partir de la cual las relaciones contractuales se sujetarán a lo previsto en el presente cuerpo legal, sea para la suscripción de nuevos contratos o la renovación automática de los suscritos con anterioridad, salvo que para lo segundo, el usuario o asegurado previa notificación con los nuevos documentos contractuales manifieste por escrito su voluntad de darlo por terminado, en los plazos previstos en la Ley.

DISPOSICIÓN REFORMATIVA.- Única.- En la Ley Orgánica de Salud, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, Ley Orgánica de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células; Ley Orgánica de Discapacidades; Ley Orgánica de Defensa del Consumidor; Ley de Seguridad Social y otros cuerpos legales en los que consten las denominaciones en su orden de: "empresas privadas de salud y medicina prepagada"; "entidades de medicina prepagada"; "compañías de salud y/o medicina prepagada"; "medicina prepagada"; "empresas de medicina prepagada"; y otras que se refieran a servicios de medicina prepagada, sustitúyanse por la de: "compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada".

DISPOSICIÓN DEROGATORIA.- Única.- Derógase la Ley que regula el funcionamiento de las empresas privadas de salud y medicina prepagada, publicada en el Registro Oficial N° 12, de 26 de agosto de 1998, y todas sus reformas posteriores.

DISPOSICIÓN FINAL

La presente Ley entrará en vigencia en el plazo de ciento ochenta días, contado a partir de su publicación en el Registro Oficial, con excepción de la presente disposición, las disposiciones contenidas en la sección primera del capítulo II; las disposiciones generales primera, cuarta, quinta y sexta; y, todas las disposiciones transitorias de esta Ley, que se aplicarán a partir de la publicación de este cuerpo legal en el Registro Oficial.

10.- CERTIFICACIÓN.- Certifico que el proyecto de Ley Orgánica que Regula a las Compañías que Financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que Oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica, fue conocido y debatido en el seno de la Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud, en sesiones números 186, 187 y 190 realizadas los días 30 de marzo, 6 de abril y 11 de mayo de 2016, respectivamente; y, aprobado en sesión número 190, efectuada el 11 de mayo de 2016.



Ab. Alexis Nöboá Arregui

Secretario Relator de la Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud

