



REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

COMISIÓN ESPECIALIZADA PERMANENTE DEL DERECHO A LA SALUD

ACTA DE LA SESIÓN NÚMERO CIENTO TREINTA Y CINCO (Continuación)


Quito, D. M, el día 28 de octubre de 2014, siendo las 15h00, en el salón de sesiones Comisión se instaló la Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud, de acuerdo a la convocatoria realizada de conformidad con el artículo 27 y demás pertinentes de la Ley Orgánica de la Función Legislativa, que regula el funcionamiento de la Asamblea Nacional y de las Comisiones Especializadas.

Presidencia pide a Secretaria que proceda a constatar el Quórum. Acto seguido Secretaria constata la asistencia de los siguientes Asambleísta: Blanca Arguello, Adriana de la Cruz, Richard Farfán, William Garzón, Daniel Coella Alt. De la asambleísta María Cristina Kronfle, Enrique Joaniux, Alterno de la asambleísta María Alejandra Vicuña, y Carlos Velasco, quien actúa en calidad de Presidente. Existiendo el quórum reglamentario se procede a dar lectura al orden del día.

Presidencia: Se va a continuar con el análisis del articulado del Proyecto de Ley de Seguros Médicos y Medicina Prepagada.

Secretaria da lectura: **Artículo 18.- Del precio y forma de pago:** Todo lo relacionado con el precio y forma de pago y vigencia de la prestación de servicios de medicina prepagada las características de los planes, periodos de carencia, arancel o catalogo valorizado de prestaciones de bono valorizados así como los demás derechos y obligaciones de los afiliados y lo atinente a los servicios que incluirán los planes de medicina prepagada se regularan y determinan en el reglamento que se dicte para el efecto. El precio de cada plan será pacto en dólares y su revisión será anual e ira de acuerdo al nivel de infracción en los costos de servicio de salud registrados por el Instituto Nacional de estadistas y censo y el comportamiento de la morbilidad registrada por cada plan.



 ASAMBLEA NACIONAL
COMISIÓN ESPECIALIZADA PERMANENTE DEL
DERECHO A LA SALUD

ESPACIO EN BLANCO

Artículo 19.- De la terminación de los contratos: La compañía de medicina prepagada podrá dar por terminado el contrato con el titular cuando incurra como mínimo en la falta de pago de tres cuotas consecutivas, transcurrido el término de pago establecido y previo a la terminación del contrato de las compañías de medicina prepagada, deberá notificar al titular la mora emplazarle al pago para su regulación dentro del término de 15 días. El titular de un contrato individual podrá dar por terminado su contrato en cualquier momento, sin limitación, sin penalidad previa notificación a la compañía de medicina prepagada con al menos treinta días de anticipación en la cual manifiesta la voluntad por dar terminado dicho contrato, en caso que no haya cumplido el plazo de cobertura la compañía devolverá el valor proporcional no devengado desde el día en que se haga efectiva a la terminación. En caso de fallecimiento el titular del contrato sus dependientes contractuales quedaran afiliados por un año a partir de la fecha de deceso sin tener que pagar cuota alguna.

Blanca Arguello: Considera que debería ser transcurridos los tres meses impagos, sino se estaría diciendo que en un mes que no se paga se podría dar por terminado. Luego de la palabra mora se agregue la letra (y).

Enrique Joaniux : Es incongruente porque dice en cualquier momento y luego en el plazo de treinta días.


Artículo 20.- De la reactivación del contrato.- El afiliado de un plan individual podrá reactivar su contrato hasta por un máximo de tres meses después de haber terminado este. Para tal efecto deberá solo ponerse al día en sus cuotas sin que ello implique la circunscripción de un nuevo contrato ni que se le otorgue amparo durante el periodo entre la terminación y la reactivación. En caso de reincidencia del usuario la compañía de medicina prepagada podrá aprobar o rechazar su solicitud, en caso de planes corporativos se procederá a la reactivación del contrato solo si el contratante y la compañía de medicina prepagada lo acuerdan expresamente y según los términos del respectivo acuerdo. Se prohíbe a las compañías de medicina prepagada exigir al usuario someterse a valorizaciones médicas a fin de determinar posible preexistencias.

Enrique Joaniux : Se debe mantener el mismo plan que contrato el titular por un año.

Blanca Arguello: Se debería obligar que se tenga una reserva que contempla por todos los riesgos.

William Garzón: El artículo 19, donde tiene que notificar la terminación de un contrato si es importante que debe ser una notificación por escrito.



 ASAMBLEA NACIONAL
COMISIÓN ESPECIALIZADA PERMANENTE DEL
DERECHO A LA SALUD

ESPACIO EN BLANCO

Artículo 21: De la urgencia y emergencia médica del usuario: Frente a una urgencia o emergencia médica del afiliado estos podrán elegir el centro de atención medica al cual acudir, sino están en condiciones de ser traslado a una unidad de salud, podrá a su arbitrio solicitar en el lugar donde ese encuentre la presencia de un servicio de atención de urgencias médicas ambulatorias, en ambos casos las compañías de medicina prepagada, deberán cubrir los valores respectivos de acuerdo al plan de salud contratado.

Presidencia: El centro de salud amerita las condiciones de salud no de la persona.

Blanca Arguello: Este caso es específicamente en plan cerrado, porque en plan abierto se escoge donde se quiere ir.

Presidencia: La emergencia no la determina el ciudadano sino quien la va a valorar.

Artículo 22.- De los accidentes y lesiones provocadas por terceros: En caso de accidente o lesiones provocadas por terceros, cuya atención haya sido cubierta por una compañía de medicina prepagada a quien tenga la calidad de afiliado en virtud de un contrato de medicina prepagada. La respectiva compañía podrá actuar contra el tercero causante del accidente o lesiones y en caso de establecer legalmente su responsabilidad, perseguir a él un reconocimiento del reembolso pagado previamente al respectivo afiliado más los intereses correspondientes y daños ocasionados a la compañía de medicina prepagada.

María José Carrión: La palabra correcta no es “perseguir” hay que buscar otra palabra adecuada.


Art. 23.- De los Trasplantes: Las compañías de medicina prepagadas, están obligadas a cumplir las coberturas prometidas para trasplantes que se establezcan en los respectivos contratos y planes así como conforme los términos de cada plan cubrir los costos y de las complicaciones médicas que se llegaren a presentar según corresponda. En caso de incumplimiento están compañías serán administrativa y civilmente responsables.

María José Carrión: No solo los trasplantes como tal, sino todos los exámenes previos.

Enrique Joaniux: Hay que ver costos en el tema de los trasplantes.

William Garzón: El artículo 23 ya consta en la Ley de Trasplantes e incluso en la propuesta se está eliminando algo que dice en el artículo 58, que habla de los perjuicios penales que puedan iniciarse en contra de sus representantes legales



 ASAMBLEA NACIONAL
COMISION ESPECIALIZADA PERMANENTE DEL
DERECHO A LA SALUD
**ESPACIO EN
BLANCO**

eso se está eliminando. Prácticamente es una copia de lo que ya consta en el artículo 58 de la Ley Orgánica de Trasplante de Órganos.

Presidencia: El tema de trasplantes, es un tema muy complejo, tiene una dificultad, ya está en otro artículo precedente de este proyecto.

Presidencia: Se está invitando a la Ministra de Salud, para que de una explicación de cómo están los alcances porque hay muchas dificultades.

María José Carrión: Poner los costos relacionados previos y posteriores a los trasplantes.

Artículo 24- Obligaciones para las Compañías de Medicina Prepagada: Son obligaciones de las compañías de medicina prepagada las siguientes: a) Dar las facilidades al usuario para que cuando lo requiera pueda acceder a todos los detalles respecto de su cobertura.

María José Carrión: Los contratos deberían ser públicos, es decir la persona debe tener una clave del tipo de contrato que tiene y eso debería estar en la página.

Enrique Joaniux: Así el usuario pueda evaluar si le conviene o no el tema.

b).- Prestar de manera oportuna, transparente los servicios a los que tiene derecho el usuario en función al vínculo contractual con la compañía de medicina prepagada;

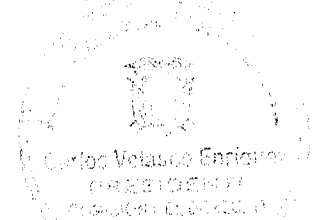
William Garzón: Es importante uniformar los términos, en el literal, a) se habla de usuario y en el b) de usuario.


María José Carrión: Eso debe estar en los principios rectores de la medicina prepagada. Los principios se debería fortalecerlos.

William Garzón: Hay otras obligaciones que están en la Ley de Defensa del Consumidor que pueden ser adaptadas.

Presidencia: Los principios son más importantes.

c).- Otorgar el financiamiento de todos los gastos médicos previstos en el plan contratado que ampare al afiliado con prontitud y celeridad, privilegiando los casos en los que la vida del afiliado esté en peligro. En los casos en los que la prestación específica no se encuentre cubierta por el plan contratado o exceda el monto de la cobertura, se notificará de inmediato al titular para que arbitre las medidas que corresponda. El caso que el titular, afiliado o su representante legal resuelvan que debe ser trasladado el afiliado en condición de peligro a una unidad de atención médica pública, la compañía de medicina prepagada deberá



 ASAMBLEA NACIONAL
COMISIÓN ESPECIALIZADA PERMANENTE DEL
DERECHO A LA SALUD

**ESPACIO EN
BLANCO**

cubrir todos los costos de ese traslado aun cuando no este cubierto por el respectivo plan.

María José Carrión: Siguiere dividir el literal para que no sea extenso y haya claridad. Un tema es que se entregue con celeridad los recursos especialmente cuando la vida está en riesgo eso es obligación; otro literal cuando se exceda el monto se debería aponer de manera mandatoria.

d).- Prestar el servicio que asegure la vida del usuario, así la prestación especifica no se encuentre cubierta por la modalidad contractual original, los valores que la prestadora asume en este caso, podrán ser compensados mediante solicitud sustentada a satisfacción por parte de la autoridad sanitaria nacional de acuerdo a lo que establezca la reglamentación.

María José Carrión: Se debería poner que es obligación precautelar la vida del ciudadano, en todos los casos en que esté en peligro la vida la aseguradora deberá asumir los gastos.

Enrique Joaniux : A pesar de que existe un tope o un techo el principio de la vida es fundamental.

Adriana de la Cruz: Sería ilógico el tema de los límites en los planes, porque en todo momento está en juego la vida para los límites entonces.

William Garzón: Hay que salvarle la vida.

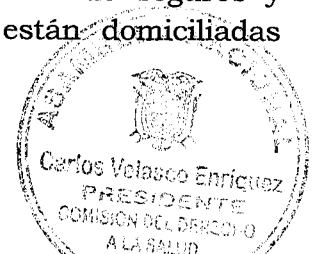
María José Carrión: Todos los que están afiliados al Seguro, es como se tuviera contratado un plan. El principio rector es salvar una vida. Se debería poner que todo contrato de seguro tiene que abordar los temas que sean emergencias, urgencias dependiendo que se determine y que debe garantizarse como parte de la relación contractual y cubierto por la aseguradora.

e).- Mantener los contratos, prestaciones y servicios con el usuario dentro del rango de la medicina prepagada.

f).- Ofrecer la información en calidad y cantidad suficiente para la toma de decisiones sobre los planes ofertados en forma directa o través de terceros.

María José Carrión: No cabe la palabra a través de terceros, porque se presta para engaños.

Stalin Benavides: Asesor del asambleísta Richard Farfán: El tema de la comercialización se toma en cuenta por el tema de los seguros obligatorios, en este caso de los seguros médicos que venden, las compañías de seguros y consideraron que las compañías de medicina prepagada, están domiciliadas





ASAMBLEA NACIONAL
COMISIÓN ESPECIALIZADA PERMANENTE DEL
DERECHO A LA SALUD

ESPACIO EN BLANCO

únicamente en Quito y Guayaquil, sino se lo hace a través de terceros de forma en forma directa es casi imposible que puedan hacerlos a nivel nacional.

Enrique Joaniux: Se benefician las compañías grandes.

Artículo 25.- Enfermedades preexistentes: Las enfermedades preexistentes no podrán ser criterio de rechazo ni admisión de los usuarios. La autoridad sanitaria nacional autorizará valores diferenciales debidamente justificados para la admisión de usuarios que presenten enfermedades preexistentes de acuerdo a lo que establezca la reglamentación.

Enrique Joaniux: Hay que ser bien puntuales en este tema.

Artículo 26: De la edad: La edad no puede ser tomada como criterio de rechazo o de admisión se prohíbe aumentar costos en razón de su edad.

Artículo 27: Obligaciones para los titulares y afiliados: Son obligaciones de los titulares y afiliados las siguientes:

Blanca Arguello: Se debería incluir también cuando ya se cumple la edad tiene el mismo derecho.

Enrique Joaniux: Obligar a que se reajuste el valor de las primas porque no puede haber una diferenciación dentro de los pacientes.

William Garzón: No se recargue valores a esa persona.

María José Carrión: En el artículo 25 de este proyecto, si se habla de admisión habrá gente que no será admitida.


- a).- Pagar oportunamente la cuota de vida a la compañía de medicina prepagada.
- b).- Cumplir oportunamente con las obligaciones prevista en el contrato de medicina prepagada en especial con la presentación de la solicitud de cobertura con todos los documentos de respaldo, en los términos de plan de medicina prepagada contratada.

Enrique Joaniux: En el artículo anterior se hablaba que se debe dar cobertura hasta tres meses, es incongruente.

María José Carrión: Hay que unificar quien es afiliado, titular, unificar el lenguaje. El no pago que no implique la falta de servicio y se asegure el derecho a la aplicación.

Artículo 28.- De la comercialización: Los planes de medicina prepagada podrán ser ofertados por parte de las compañías de forma directa o por agentes o



 ASAMBLEA NACIONAL
COMISION ESPECIALIZADA PERMANENTE DEL
DERECHO A LA SALUD
**ESPACIO EN
BLANCO**

agencias asesoras productoras de seguros calificados y previo registró ante la autoridad sanitaria nacional. Los agentes o agencias asesoras productoras de seguros calificados no cobrarán comisión alguna por intermediación de planes de medicina prepagada a personas con discapacidad, adultos mayores y personas que adolezcan enfermedades catastróficas y de alta complejidad.

Raúl Auquilla: El último párrafo entra en conflicto con la Constitución, porque establece que nadie puede trabajar gratis. Propone que se analice un costo mínimo para no entrar en conflicto con la Constitución.

Título III: Potestad sancionadora y competencia administrativa: Sección primera: Potestad sancionadora y competencia administrativa.

Artículo 29: Autoridad competente sobre infracciones: La imposición de sanciones por las infracciones administrativas previstas en la presente ley le corresponderá a la Autoridad Sanitaria Nacional a través de la autoridad de salud que delegue para efecto la Ministra o Ministro de Salud. Los actos administrativo, actos normativos, impugnación de los actos administrativos y procedimiento administrativos estarán sujetos a las disposiciones de la ley y su reglamento, la Ley Orgánica de Salud y como norma supletoria el Estatuto del Régimen Jurídico Administrativo de la Función Ejecutiva en lo que fuere aplicable.

María José Carrión: Le parece en este tema hay que ser consiente de una cosa el Ministerio de Salud no tiene la capacidad instalada para hacer control de compañías aseguradoras, no tiene la estructura, pero sin la Superintendencia de Bancos y Compañías son temas contractuales. Solicita que habrá una discusión sobre este tema.

William Garzón: Hay que analizar bien este artículo. Es importante mejorar la redacción, porque va al tema de sancione y es importante hablar sobre el tema de los reclamos de los usuarios y posteriormente a las infracciones y sanciones y finalmente la potestad sancionadora conforme la competencia.

Sección Segunda: Reclamo administrativo de los afiliados. **Artículo 30.- Reclamo Administrativo.-** Los afiliados podrán presentar cualquier tipo de solicitud o reclamo por incumplimiento de contrato ante las compañías de medicina prepagada, las mismas que tiene la obligación de emitir una respuesta motivada en un término no mayor de treinta días, si el usuario no se encontrare conforme con la respuesta o no fue atendido en el término establecido podrá presentar el reclamo formal ante la autoridad sanitaria nacional, no obstante a lo señalado en el inciso precedente el afiliado tendrá derecho a presentar directamente ante la autoridad sanitaria nacional a través de la autoridad sanitaria nacional que delegue para el efecto el Ministro o Ministra de Salud.



ASAMBLEA NACIONAL
COMISION ESPECIALIZADA PERMANENTE DEL
DERECHO A LA SALUD

**ESPACIO EN
BLANCO**

Cualquier reclamo en contra de una compañía de medicina prepagada relacionada con la negativa de esta...

María José Carrión: Para seguir el resto del texto hay que definir si la autoridad rectora va hacer el Ministerio de Salud o la Superintendencia. Le gustaría escuchar los criterios del Ministerio de Salud Pública y de la Superintendencia.

Artículo 31.- De la apelación: Las resoluciones dictadas por la Autoridad Sanitaria Nacional a través de la autoridad de salud que delegue para el efecto el Ministro o Ministra de Salud podrán ser apeladas dentro del término de ocho días luego de ser notificadas.

Artículo 32.- Prescripción del reclamo administrativo: Las acciones provenientes para un reclamo prescribirán en 90 días.

Presidencia: Considera que con lo que se ha leído y con las recomendaciones se va a seguir trabajando, por eso la urgencia de la reunión de hoy. Para el próximo miércoles se retoma con los dos temas que se tiene ahora y con eso se recoge insumos para el trabajo correspondiente.

Raúl Auquilla: Hay que analizar si procede el seguir con el tratamiento de una nueva ley o si se reforma a la ley que se pretende derogar.

William Garzón: Sería importante ir pensando en construir un Código de Procesos en Salud, algo parecido en el tema judicial en la parte administrativa.

Blanca Arguello: Que los equipos trabajen lo más pronto posible para que se pase la información al Ministerio y la Superintendencia de lo que se avanzado.

Agotados los puntos del orden del día, siendo las dieciséis horas quince minutos, el Presidente clausura la sesión, para constancia de lo actuado firma el Presidente y la Secretaria que **CERTIFICA:**

Carlos Velasco Enríquez

Dra. Mónica Guzmán C.


Asambleísta por la Provincia del Carchi
Presidente de la Comisión Especializada
Permanente del Derecho a la Salud.



Secretaria Relatora



Nota: Para mayor ampliación o aclaración se encuentra disponible la grabación de la sesión.

 ASAMBLEA NACIONAL
COMISION ESPECIALIZADA PERMANENTE DEL
DERECHO A LA SALUD

**ESPACIO EN
BLANCO**