



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 21 de octubre de 2014, siendo las 15h08, en la sala de la sesiones comisión se instala 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, y Reglamento de las Comisiones Especializadas Permanentes y Ocasionales de la Asamblea Nacional.

Presidencia solicita a Secretaria proceda a constatar el quórum. Acto seguido Secretaria constata la asistencia de los siguientes Asambleísta: Raúl Auquilla, María José Carrión, Richard Farfán, Paco Fierro, William Garzón, Víctor Medina y Carlos Velasco, quien actúa en calidad de Presidente. Existiendo el quórum reglamentario se procede a dar lectura al orden del día.

Secretaria, da lectura al orden del día: Quito, 20 de octubre de 2014.

**Convocatoria:** Por disposición del asambleísta Carlos Velasco Enríquez, Presidente de la Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud, y de conformidad con el artículo 27, de la Ley Orgánica de la Función Legislativa, me permito convocar a las y los asambleístas a la Continuación de la Sesión No. 135 de la Comisión, a realizarse el martes 21 de octubre de 2014, a las 15H00, en la sala de sesiones de la Comisión, ubicada en el sexto piso ala oriental de la Asamblea Nacional, situada en la Av. 6 de Diciembre y Piedrahita en el cantón Quito, provincia Pichincha, con el objeto de tratar el siguiente Orden del Día: 1.- Continuación del análisis del Proyecto de Ley de Seguros Médicos y Medicina Prepagada. Atentamente, Dra. Mónica Guamán C, Secretaria Relatora de la Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud.

No hay objeción al orden del día propuesto.

Presidencia: El informe se ha trabajado con asesores, asambleísta, invitados





ASAMBLEA NACIONAL  
COMISIÓN ESPECIALIZADA PERMANENTE DEL  
DERECHO A LA SALUD

# ESPACIO EN BLANCO

externos, Superintendencias, Ministerio de Salud Pública, Medicina Prepagada en diferentes reuniones para tener un texto que ahora se presenta. Se lo va a ir revisando artículo por artículo.

Presidencia solicita que Secretaria de lectura al borrador.

Siendo las 15H13, se integran los asambleístas: Blanca Arguello, María Alejandra Vicuña y María Cristina Kronfle.

William Garzón: Sería pertinente dar una lectura general al informe y luego de eso un análisis artículo por artículo.

Secretaria: **Ley que Regula la Prestación de Medicina Prepagada.**

**TÍTULO I: OBJETIVO Y DEFINICIONES:** Artículo 1.- Objeto.- El objeto de la presente ley es establecer un marco normativo que regule la constitución, funcionamiento y control de las compañías de medicina prepagada, así como la aprobación de contratos, coberturas y la prestación servicios de medicina prepagada, en tutela del interés general representado por los derechos y garantías de los contratantes de los servicios de medicina prepagada.

**Artículo 2.- Ámbito.-** El ámbito de aplicación de la presente ley abarca las compañías de medicina prepagada legalmente establecidas y que operen en el territorio nacional.

**Artículo 3.- Principios de aplicación.-** Para la aplicación de esta ley y de los servicios que de ella deriven, observarán los siguientes principios: legalidad, trato justo, calidad, igualdad y no discriminación.

**Artículo 4.- Definiciones.-** Para efectos de la presente ley, se entenderá por: **Medicina prepagada:** Son planes de salud establecidos por las compañías de medicina prepagada, por los cuales los afiliados recibirán a cambio de una cuota individual, las prestaciones, beneficios oportunos y de calidad en centros de atención médica y de laboratorios, así como de provisión de medicinas, según los términos establecidos en cada plan. **Afiliado:** Es aquella persona que, mediante



ASAMBLEA NACIONAL  
COMISION ESPECIALIZADA PERMANENTE DEL  
DERECHO A LA SALUD

**ESPACIO EN  
BLANCO**

la celebración de un contrato individual o colectivo de medicina prepagada, adquiere a cambio de un aporte económico, servicios de salud, para sí, sus dependientes o terceros. **Contrato de medicina prepagada:** Son contratos de adhesión, documento legal en la cual se establecen desde el inicio las obligaciones para ambas partes titular y empresa de medicina prepagada; para la compañías se establece una obligación de hacer, frente al afiliado o usuario, en virtud del cual, ésta se compromete, a cambio del pago de una cuota, a financiar el costo de prestación de los servicios de salud cubiertos en el plan de medicina prepagada contratado y en los términos del plan. **Compañías de Medicina Prepagada:** Es aquella persona jurídica nacional o extranjera legalmente establecida en el país, que tiene por objeto social exclusivo la prestación servicios de medicina prepagada.

## **TÍTULO II: CONSTITUCIÓN, RESERVA, FUNCIONAMIENTO Y ADMINISTRACIÓN**

**Artículo 5.- Constitución.-** Las compañías de medicina prepagada serán sociedades anónimas, nacionales o extranjeras, y tendrán como objeto único la prestación de servicios de medicina prepagada, mediante el financiamiento de los servicios de salud y medicina, a través de planes que sean contratados por los titulares mediante la celebración de los respectivos contratos. Previo a la constitución de la compañía de medicina prepagada la Autoridad Sanitaria Nacional deberá emitir un informe motivado en la cual determine de factibilidad de constitución. El capital pagado para las compañías de medicina prepagada, será expresado en moneda de curso legal y no será menor a un millón (1'500.000) de dólares de los Estados Unidos de América.

**Artículo 6.- De las reservas.-** Las compañías de medicina prepagada deben invertir el cien por ciento de sus reservas técnicas, y el cincuenta por ciento del capital pagado y de la reserva legal en moneda de curso legal o extranjera, procurando la más alta seguridad, rentabilidad y liquidez, en los rubros y porcentajes siguientes: a) Hasta un 50% en valores emitidos o garantizados por el Ministerio de Finanzas; b) Hasta un 40% en títulos valores representativos de captaciones que realizan los bancos e instituciones financieras, incluidas las





ASAMBLEA NACIONAL

CONSTITUCIÓN DE 1958  
CORTE SUPLENTE DEL  
SERVIDOR PÚBLICO

ESPACIO EN  
BLANCO

obligaciones emitidas por éstas, que estén registradas en el mercado de valores, y que cuenten con calificación de riesgo, siempre en cuando estas obligaciones no sean convertibles en acciones; c) Hasta un 40% en cédulas hipotecarias emitidas por instituciones del sistema financiero nacional; d) Hasta un 30% en obligaciones o en valores provenientes de procesos de titularización emitidas u originadas por entidades privadas sujetas al control de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, que se encuentren inscritas en el Registro del Mercado de Valores, y que cuenten con calificación de riesgo; e) Hasta un 50% en compañías o instituciones sujetas al control de la Superintendencia de Bancos; f) Hasta un 10% en cuotas de fondos de inversión autorizados de conformidad con la Ley de Mercado de Valores; g) Hasta un 30% en bienes raíces situados en el territorio nacional previa autorización de la Autoridad Sanitaria Nacional; h) Hasta un 20% en valores emitidos por entidades públicas que estén registradas en el mercado de valores y que cuenten con calificación de riesgo; y, i) Hasta un 25% en acciones de sociedades anónimas previa autorización de la Autoridad Sanitaria Nacional.

**Artículo 7.- De las reservas de riesgo en curso.-** Corresponde al monto reservado de cuotas no devengadas, durante la vigencia del contrato.

**Artículo 8.- De las reservas de insuficiencias de cuotas.-** Esta reserva se constituye cuando la cuota resulta insuficiente para cubrir todos los riesgos y gastos futuros que correspondan al período de cobertura no extinguido a su fecha de cálculo. La Autoridad Sanitaria Nacional establecerá mediante reglamento la fórmula para el establecimiento de reservas de insuficiencia de cuotas, pudiendo ordenar que las instituciones prestadoras implementen esta reserva.

**Artículo 9.- De las 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. Cada compañía de medicina prepagada deberá constituir una reserva



 ASAMBLEA NACIONAL  
COMISION ESPECIALIZADA PERMANENTE DEL  
DERECHO A LA SALUD

# ESPACIO EN BLANCO

trimestral de casos incurridos y no reportados calculada por un actuario debidamente certificado por la Autoridad competente.

**Artículo 10.- De las 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.

**Artículo 11.- Del financiamiento.-** Las compañías de medicina prepagada para su funcionamiento, se financiarán por sus propios medios y por las cuotas de sus afiliados o usuarios; y no recibirán subsidios estatales por ningún concepto.

**Artículo 12.- De la Administración de las compañías de medicina prepagada.-** La administración de las compañías de medicina prepagada, estarán sujetas a las sanas prácticas de un buen gobierno corporativo, para lo cual el máximo órgano de gobierno designará un directorio que generará las políticas orgánico funcionales de la compañía.

**Artículo 13.- Del permiso de funcionamiento.-** El permiso de funcionamiento de las compañías de medicina prepagada, será concedido por la Autoridad Sanitaria Nacional en virtud de las condiciones y requisitos establecidos para el efecto.

### **TITULO III: DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA PREPAGADA**

**Artículo 14.- Aprobación y control de los contratos.-** La Autoridad Sanitaria Nacional aprobará el contenido de los contratos adhesion y anexos, y controlará su aplicación. Previa a la aprobación de los modelos de contratos de adhesión, la Autoridad Sanitaria Nacional verificará que estos contengan especificados a detalle las prestaciones cubiertas, los derechos de los usuarios y su procedimiento de exigibilidad, el monto y plazo y, los demás requisitos que la autoridad emita para el efecto.

**Artículo 15.- Modificación a los contratos.-** La aprobación de modificación a los contratos y anexos de las compañías de medicina prepagada, deberá solicitarse a la Autoridad Sanitaria Nacional, con la respectiva descripción de la modificación, acompañada de los documentos que de acuerdo con la naturaleza de la modificación sean pertinentes.

**Artículo 16.- De los planes.-** Las compañías de medicina prepagada podrán



 ASAMBLEA NACIONAL  
COMISIÓN ESPECIALIZADA PERMANENTE DEL  
DERECHO A LA SALUD

ESPACIO EN  
MEXICO

prestar sus servicios de financiamiento, a través de planes abiertos o cerrados. Las compañías de medicina prepagada que oferten planes cerrados, deberán cumplir con todos los requisitos de calidad experiencia, aprobaciones académicas de las redes de prestadores médicos, de conformidad a lo determinado en el Reglamento de la presente Ley. Los usuarios que utilicen este plan podrán acudir a prestadores médicos de libre elección en caso de emergencia médica. En el caso que un plan contemple la prestación de los servicios de salud a través de una red de prestadores de servicios de salud, la compañía de medicina prepagada deberá verificar que los referidos prestadores estén debidamente acreditados, por la Autoridad Sanitaria Nacional.

**Artículo 17.- De los servicios.**- Los planes de medicina prepagada deberán estar en capacidad de ofrecer al usuario como mínimo los siguientes servicios: a) Atención médica y profesional en las diversas especialidades, terapia intensiva, insumos médicos y quirúrgicos; y, medicamentos; b) Atención ambulatoria en todas las especialidades y sub-especialidades practicadas en las diferentes unidades de salud, en los consultorios y en los domicilios cuando el delicado estado de salud e imposibilidad de movilizar al paciente así lo justifique; c) La atención ambulatoria está definida por todas aquellas prestaciones de salud que, de acuerdo a la práctica médica común, no requieren de hospitalización para ser atendidas; d) Visita médica hospitalaria, cuando el beneficiario se encuentra internado en una unidad de salud; e) Procedimiento de emergencia ambulatorio o médico quirúrgicas. La emergencia, calificada por un médico, debe ser entendida como una situación grave que se presenta súbitamente y amenaza la vida o la salud de una persona o de un grupo de individuos, como las catástrofes naturales o una enfermedad aguda; f) Ambulancia terrestre, aérea y fluvial, debida y legalmente autorizada como tal, dentro del territorio nacional, excepto en los casos expresados en el respectivo Reglamento; g) Todas las interconsultas profesionales, exámenes auxiliares y de diagnóstico, existentes a la fecha de promulgación de la presente Ley o que pudieran crearse, incorporarse o estar disponibles a la fecha del requerimiento del servicio; h) Atención hospitalaria de acuerdo a la necesidad del beneficiario. En este derecho se incluye transporte;





ASAMBLEA NACIONAL  
COMISION ESPECIALIZADA PERMANENTE DEL  
DERECHO A LA SALUD

# ESPACIO EN BLANCO

alimentación, habitación, terapia intensiva, insumos médicos y quirúrgicos, medicamentos, honorarios profesionales y todos los exámenes, procedimientos auxiliares de diagnóstico y terapéuticos de acuerdo a lo dispuesto en la presente Ley; el afiliado estará bajo la responsabilidad del profesional y de la compañías de medicina prepagada subsidiariamente; i) Todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, curaciones y atención ambulatoria en atención al tratamiento de continuación posterior de cada enfermedad o accidente atendido; j) Todos los procedimientos, diagnósticos y procedimientos terapéuticos, curaciones, atención ambulatoria, y rehabilitación para dar cobertura a los contratantes dentro de las especialidades, y sub - especialidades médicas y profesionales actuales o que pudieran crearse; k) Abortos en curso, embarazos normales o complicados, controles prenatales, partos vaginales o por cesárea con recién nacido a término o pre - término, complicaciones que se presentaren antes, durante y después del parto y alumbramiento, atención del recién nacido a término o prematuro, atención perinatal, atención en la unidad de cuidados intensivos, tanto para la madre como para el recién nacido a término o prematuro, para lo cual se emplearán todos los procedimientos médicos necesarios, a fin de preservar la salud de la unidad madre - hijo. l) Se atenderá de igual manera al recién nacido que padeciere de estigmas o patologías congénitas, genéticas o hereditarias; m) Reconocimiento de pagos totales o parciales, según el plan contratado, por la compra de medicamentos en cualquier farmacia calificada, siempre que aquellos hayan sido prescritos por un médico. n) Será obligación de la compañías cubrir todos los gastos que demande el trasplante de órganos necesarios para la supervivencia del beneficiario o sus dependientes, en cuyos casos, la compañías también cubrirá los gastos en que para tal fin incurriera el donante, de acuerdo al plan contratado; o) Cobertura total de estudios anatomopatológicos cuando éstos sean solicitados por un médico para configurar apropiadamente el diagnóstico o evolución de la patología de un paciente; p) Cobertura dental total o parcial de conformidad con el plan contratado; q) Cobertura total de todas las enfermedades congénitas y hereditarias; y, r) Atención de medicina preventiva o atención primaria y rehabilitación o atención terciaria como continuación de un





ASAMBLEA NACIONAL  
COMISION ESPECIALIZADA PERMANENTE DEL  
DERECHO A LA SALUD

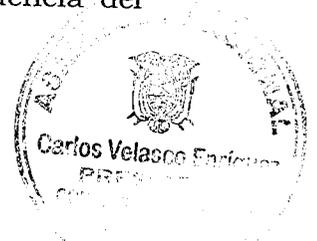
# ESPACIO EN BLANCO

tratamiento sujeto a cobertura contractual.

**Artículo 18.- Del precio y forma de pago.-** Todo lo relacionado con el precio, forma de pago y vigencia de la prestación de servicios de medicina prepagada, las características de los planes, períodos de carencia, el arancel o catálogo valorizado de prestaciones, de bonos 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 regularán y determinarán en el Reglamento que se dicte para el efecto. El precio de cada plan, será pactado en dólares y su revisión será anual, e irá de acuerdo al nivel de inflación en los costos de los servicios de salud registrado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos y el comportamiento de la morbilidad registrada por cada plan.

**Artículo 19.- De la terminación de los contratos.-** La compañía de medicina prepagada podrá dar por terminado contrato con el usuario o afiliado 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 las compañías de medicina prepagada deberán notificar al titular la mora, y emplazarle al pago para su regularización dentro del término de quince 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 de dar por terminado dicho contrato, en caso que no se haya cumplido el plazo de cobertura, la compañía devolverá el valor proporcional no devengado desde que el día que se haga efectiva la terminación. En caso de fallecimiento del titular del contrato, sus dependientes contractuales quedarán afiliados por un año a partir de la fecha de deceso, sin tener que pagar cuota alguna.

**Artículo 20.- De la reactivación del contrato.-** El afiliado de un plan individual podrá reactivar su contrato hasta 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 suscripción de un nuevo contrato ni se le otorga amparo durante el periodo entre la terminación y la reactivación. En caso de reincidencia del



 **ASAMBLEA NACIONAL**  
**COMISION ESPECIALIZADA PERMANENTE DEL**  
**DERECHO A LA SALUD**

**ESPACIO EN**  
**BLANCO**

usuario la compañía de medicina prepagada podrá aprobar o rechazar su solicitud. En el caso de planes corporativos procederá la reactivación del contrato sólo si el contratante y la compañía de medicina prepagada lo acuerdan expresamente, y según los términos del respectivo acuerdo. Se prohíben a las compañías de medicina prepagada exigir al usuario someterse a valoraciones médicas a fin de determinar posibles preexistencias.

**Artículo 21.- De la urgencia o emergencia médica del usuario.-** Frente a una urgencia o emergencia médica del afiliado, podrá elegir el centro de atención médica al cual acudir. Si no está en condiciones de ser trasladado a una unidad de salud, podrá a su arbitrio solicitar en el lugar en donde se encuentre, la presencia de un servicio de atención de urgencias médicas ambulatorias. En ambos casos, las compañías de medicina prepagada, deberá cubrir los valores respectivos, de acuerdo al plan de salud contratado.

**Artículo 22.- De los accidentes o lesiones provocadas por terceros.-** En caso de accidentes 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 de él un reconocimiento del reembolso pagado previamente al respectivo afiliado, más los intereses correspondientes y daños ocasionados a la compañía de medicina prepagada.

**Artículo 23.- De los trasplantes.-** Las compañías de medicina prepagada están obligadas, a cumplir las coberturas comprometidas para trasplantes que se establezcan en los respectivos contratos y planes, así como, conforme los términos de cada plan, cubrir los costos del trasplante y de las complicaciones médicas que se lleguen a presentar, según corresponda. En caso de incumplimiento, estas compañías serán administrativa y civilmente responsables.

**Artículo 24.- Obligaciones de las compañías de medicina prepagada-** Son obligaciones de las compañías de medicinas prepagadas: a) Dar las facilidades al usuario para cuando lo requiera pueda acceder a todos los detalles respecto a su cobertura; b) Prestar de manera oportuna, transparente, los servicios a los que





ASAMBLEA NACIONAL  
COMISIÓN ESPECIALIZADA PERMANENTE DEL  
DERECHO A LA SALUD

# ESPACIO EN BLANCO

tiene derecho el usuario en función del vínculo contractual con la compañía de medicina prepagada; c) Otorgar el financiamiento de todos los gastos médicos previstos en el plan contratado que ampare al afiliado, con prontitud y celeridad, privilegiando lo 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 arbitren las medidas que corresponda, y, en caso que el titular o afiliado o sus representantes legales resuelvan que deba ser trasladado el afiliado en condición de peligro a una unidad de atención médica pública, la compañía de medicina prepagada deberá cubrir todos los costos de ese traslado, aun cuando no estén cubierto por el respectivo plan; d) Prestar el servicio que asegure la vida del usuario, así la prestación específica no se encuentre cubierta por la modalidad contractual original. Los valores que la prestadora asuma 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; e) Mantener los contratos, prestaciones y servicios con el usuario dentro del rango de la medicina prepagada; y, f) Ofrecer la información en calidad y cantidad suficiente para la toma de decisiones sobre los planes ofertados, de forma directa o a través de terceros.

**Artículo 25.- Enfermedades preexistentes.-** Las enfermedades preexistentes no podrán ser criterio del rechazo de 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.

**Artículo 26.- De la edad.-** La edad no puede ser tomada como criterio de rechazo de admisión, se prohíbe aumentar costo en razón de la edad.

**Artículo 27.- Obligaciones para los titulares y afiliados.-** Son obligaciones de los titulares y afiliados, las siguientes: a) Pagar oportunamente la cuota debida a la compañía de medicina prepagada. b) Cumplir oportunamente con las obligaciones previstas en el contrato de medicina prepagada, en especial con la presentación de las solicitudes de cobertura con todos los documentos de





ASAMBLEA NACIONAL  
COMISIÓN ESPECIALIZADA FEMININE DEL  
DERECHO A LA SALUD

# ESPACIO EN BLANCO

respaldo, en los términos del plan de medicina prepagada contratado.

**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 agencias asesoras productoras de seguros calificados, y previo registro ante la Autoridad Sanitaria Nacional. Los agentes o agencias asesoras productoras de seguros calificadas, 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.

**TÍTULO III: POTESTAD SANCIONADORA Y COMPETENCIA ADMINISTRATIVA**  
**SECCIÓN I: POTESTAD SANCIONADORA Y COMPETENCIA ADMINISTRATIVA**

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

**SECCIÓN II: RECLAMO ADMINISTRATIVO DE LOS AFILIADOS**

**Artículo 30.-Reclamo administrativo.**- Los afiliados podrán presentar cualquier tipo de solicitud o reclamo por incumplimiento de contrato, ante la compañías de medicina prepagada, la misma que tienen la obligación de emitir una respuesta motivada en un término no mayor a treinta días; si el usuario no se encontrare conforme con la respuesta, o si no fue atendido en el término establecido, podrá presentar el reclamo formal ante la Autoridad Sanitaria Nacional. No obstante lo señalado en el inciso precedente, el afiliado tendrá derecho a presentar directamente ante la Autoridad Sanitaria Nacional, a través de la autoridad de salud que delegue para el efecto el Ministro o Ministra de Salud, cualquier reclamo en contra de una compañía de medicina prepagada relacionado con la



ASAMBLEA NACIONAL  
COMISIÓN ESPECIALIZADA PERMANENTE DEL  
DERECHO A LA SALUD

**ESPACIO EN  
BLANCO**

negativa de ésta de financiar, los gastos médicos y demás beneficios contratados en un plan de medicina prepagada, así como incumplimiento de contrato. La autoridad que conozca del reclamo administrativo solicitará en un plazo no mayor a ocho días a la empresa de medicina prepagada que presente sus argumentos que le llevaron a la negativa del caso en cuestión, la misma que deberá estar sustentada en las condiciones del plan contratado por el afiliado. En caso que que no fuese así ordenara el pago correspondiente. La compañía de medicina prepagada que no cumpla con la resolución en la cual ordena el cumplimiento del contrato así como el pago de servicios dentro de los tres días hábiles siguientes de la notificación de la resolución, el Ministro o Ministra de Salud podrá ordenar la disolución y liquidación forzosa de la compañía de medicina prepagada, proceso que se suspenderá en el caso que la compañía cumpla con el pago del reembolso o cumplimiento del contrato según lo ordene la resolución administrativa indicada.

**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 haber sido notificadas ante la máxima autoridad, siendo estas decisiones de segunda y definitiva instancia. Una vez ejecutoriada la resolución de segunda instancia, se devolverá el proceso administrativo a la autoridad de primera instancia para que este ejecute la resolución.

**Artículo 32.- Prescripción del reclamo administrativo.-** Las acciones provenientes para un reclamo administrativo prescribirán en 90 días, contados desde que recibió el respectivo afiliado la negativa de la cobertura, excepto el derecho del afiliado afectado a reclamar a la compañía de medicina prepagada mediante el procedimiento acordado por las partes contratantes en el contrato de medicina prepagada o, si éste no mencionare nada al respecto, por vía verbal sumaria ante los jueces civiles o mercantiles competentes.

### **SECCIÓN III: DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO DE LAS INFRACCIONES**





ASAMBLEA NACIONAL  
COMISION ESPECIALIZADA PERMANENTE DEL  
DERECHO A LA SALUD

# ESPACIO EN BLANCO

**Artículo 33.- Denuncia.-** La Autoridad Sanitaria Nacional, a través de la autoridad de salud que delegue para el efecto el Ministro o Ministra de Salud podrá actuar de oficio o a petición de parte para conocer y sancionar las infracciones señaladas en esta Ley. Las denuncias se presentarán en forma verbal o por escrito.

**Artículo 34.- Sanciones.-** Las compañías que brinden el servicio de medicina prepagada que no cumplan con las disposiciones de la presente Ley, así como incurran en las prohibiciones de las mismas serán sancionadas de la siguiente manera: a) Sanciones pecuniarias.- Este tipo de sanciones se efectuarán mediante multas impuestas a las compañías que brinden el servicio de medicina prepagada por parte de la Autoridad Sanitaria Nacional; y, b) Sanciones administrativas.- Este tipo de sanciones se efectuarán mediante resolución emitida por la Autoridad Sanitaria Nacional, que podrá ser la disolución y liquidación forzosa de la compañía de medicina prepagada. Estas sanciones se ejercerán sin perjuicio de las acciones civiles y penales que el afiliado pueda ejercer en contra de quienes hubieren provocado el daño.

**Artículo 35- Causales de sanción:** La compañías de medicina prepagada que no cumplan con las disposiciones de la presente Ley, así como incurran en las prohibiciones de las mismas serán sancionadas con: a) Una multa de cien (100) a doscientas (200) veces de la remuneración básica unificadas del trabajador en general, las compañías de medicina que asuman riesgos de seguros de vida u otro tipo de seguros. En caso de reincidencia, se le impondrá a la compañía de medicina prepagada una multa de trescientos (300) a cuatrocientos (400) veces de la remuneración básica unificada del trabajador privado en general. La doble reincidencia será causal de disolución y liquidación forzosa de la compañía de medicina prepagada. b) Una multa de trescientos (300) a quinientas (500) veces de la remuneración básica unificada del trabajador privado en general, las compañías de medicina prepagada que oferten servicios de medicina prepagada sin la respectiva aprobación por parte de la Autoridad Sanitaria Nacional. En caso de reincidencia, se le impondrá multa de quinientos (500) a setecientas (700) veces de la remuneración básica unificada del trabajador privado en





ASAMBLEA NACIONAL  
COMISIÓN ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN  
DERECHO A LA VIDA

**ESPACIO EN  
BLANCO**

general, La doble reincidencia será causal de disolución y liquidación forzosa de la compañía de medicina prepagada. c) Una multa de doscientas (200) a cuatrocientas (400) veces de la remuneración básica unificada del trabajador privado en general, las compañías de medicina prepagada que modifiquen o terminen unilateralmente el contrato o de los servicios contenidos en el plan contratado sin previa notificación al usuario sin fundamentación técnica aprobada por la Autoridad Sanitaria Nacional. En caso de reincidencia, se le impondrá multa de cuatrocientas (400) a seiscientas (600) veces de la remuneración básica unificada del trabajador privado en general. La doble reincidencia será causal de disolución y liquidación forzosa de la compañía de medicina prepagada. d) Una multa de cien (100) a doscientas (200) veces de la remuneración básica unificada del trabajador privado en general, las compañías de medicina prepagada que atenten los derechos de los usuarios contemplados en la presente Ley. En caso de reincidencia, se le impondrá multa de doscientos (200) a trescientas (300) veces de la remuneración básica unificada del trabajador privado en general. La doble reincidencia será causal de disolución y liquidación forzosa de la compañía de medicina prepagada. Las compañías de medicina prepagada que no inviertan sus reservas técnicas, el capital pagado y reserva legal conforme lo determina la presente Ley, deberán presentar ante la autoridad sanitaria nacional un plan de regularización que en el caso de ser rechazado. Serán sancionadas conforme lo determine el reglamento. Ante la reincidencia de estas infracciones que pueda poner en riesgo la estabilidad económica de la institución, será causal de disolución y liquidación forzosa de la compañía de medicina prepagada. De verificar indicios de responsabilidad civil o penal por parte de las compañías, se remitirá lo actuado a la justicia ordinaria.

**Artículo 36.- Jurisdicción coactiva.-** Para el cobro de las multas impuestas por la aplicación de la presente Ley, la Autoridad Sanitaria Nacional tendrá jurisdicción coactiva, para lo cual se seguirá el procedimiento establecido en la legislación procesal vigente.

**Artículo 37.- Destino de las multas.-** El valor total de las multas que la



 ASAMBLEA NACIONAL  
COMISION ESPECIALIZADA PERMANENTE DEL  
DERECHO A LA SALUD

**ESPACIO EN  
BLANCO**

Autoridad Sanitaria Nacional aplique por incumplimiento de la presente Ley, será utilizado en la respectiva jurisdicción en donde se las impusiere, debiendo destinarlo para la atención y mejoramiento de los servicios de salud.

**Artículo 38.- Funciones de inspección y control.**- Para el cumplimiento de las disposiciones establecidas en la presente Ley, las autoridades de salud tendrán libre acceso a los lugares en los cuales deban cumplir sus funciones de fiscalización, inspección y control, in-situ y extra-situ, pudiendo al efecto requerir la intervención de la fuerza pública, en caso de ser necesario, de acuerdo al Reglamento.

### **DISPOSICIONES TRANSITORIAS**

**PRIMERA:** La Autoridad Sanitaria Nacional, establecerá la unidad encargada de Medicina Prepagada. **SEGUNDA:** En el plazo de 180 días, una vez publicado en el Registro Oficial, la presente Ley, la Autoridad Sanitaria Nacional emitirá la reglamentación correspondiente. **TERCERA:** Las compañías de medicina prepagada, que actualmente se encuentran en funcionamiento y operación, adecuarán su capital pagado y estatutos, de conformidad con las normas establecidas en la presente Ley y las regulaciones que se dicten para el efecto, caso contrario no podrán ejercer sus actividades.

El plazo para estas adecuaciones no excederá de tres años, contados a partir de la publicación en el Registro Oficial la presente Ley.

Facúltese al Superintendente de Compañías, Valores y Seguros, para que establezca el cronograma y las condiciones más adecuadas con el fin de dar cumplimiento a la disposición señalada. **CUARTA:** Las compañías de medicina prepagada, que actualmente se encuentran en funcionamiento y operación, adecuarán sus contratos y anexos a él adheridos, de conformidad con las regulaciones que se dicten para el efecto. Si las compañías de medicina prepagada que no adecuren sus contratos y anexos a él adheridos dentro de los plazos y regulaciones establecidas, no podrán ejercer sus actividades. El plazo para estas adecuaciones no excederá de un año, contados a partir de la publicación en el Registro Oficial la presente Ley.

Facúltese a la Autoridad Sanitaria Nacional, para que establezca el cronograma y





ASAMBLEA NACIONAL  
COMISION ESPECIALIZADA PERMANENTE DEL  
DERECHO A LA SALUD

**ESPACIO EN  
BLANCO**

las condiciones más adecuadas con el fin de dar cumplimiento a la disposición señalada. **QUINTA:** Las empresas de medicina prepagada que actualmente están en operación tendrán un plazo de tres años para alcanzarla inversiones obligatoria provenientes de las reservas técnicas incorporadas en la presente ley.

#### **DISPOSICIÓN DEROGATORIA**

**PRIMERA:** Deróguese la Ley que Regula las Compañías Privadas de Salud y Medicina Prepagada, publicada en el Registro Oficial N° 12 de 26 de agosto de 1998 y todas sus reformas posteriores y las que se opongán a la presente Ley.

Blanca Arguello: Propone se analice artículo por artículo, la eleva a moción.

Secretaria procede a tomar votación de la moción presentada por la asambleísta Blanca Arguello, se proceda a revisar artículo por artículo. Queda aprobado por unanimidad.

Paco Fierro: No se va aprobar.

Presidencia, solo realizar una revisión colectiva.

**TÍTULO I: OBJETIVO Y DEFINICIONES: Artículo 1.- Objeto.-** El objeto de la presente ley es establecer un marco normativo que regule la constitución, funcionamiento y control de las compañías de medicina prepagada, así como la aprobación de contratos, coberturas y la prestación servicios de medicina prepagada, en tutela del interés general representado por los derechos y garantías de los contratantes de los servicios de medicina prepagada.

**Artículo 2.- Ámbito.-** El ámbito de aplicación de la presente Ley abarca las compañías de medicina prepagada legalmente establecidas y que operen en el territorio nacional.

María Cristina Kronfle: Se debería hablar del tema de las coberturas de los ecuatorianos.

María Alejandra Vicuña: No está el ámbito de seguro era un tema de discusión si se lo incorporaba o no. Medicina prepagada no tiene póliza lo que hace es el pago





ASAMBLEA NACIONAL  
COMISIÓN ESPECIAL PARA EL  
DESARROLLO DEL

ESPACIO DE  
BLANCO

de un servicio. Deben ser empresas que operen aquí pero den el servicio en el exterior.

Byron Flores: Ya se hizo la diferenciación entre seguros y medicina prepagada depende de la compañía de medicina prepagada si oferta el plan internacional no habría ningún problema, eso depende de la empresa.,

Stalin Benavides: La compañías de medicina prepagadas tiene la obligación de constituirse en el ecuador, igual las compañías extrajera que vende planes y servicios en el Ecuador igual lo pueden hacer, sin embargo queda a conveniencia de las compañías.

Patricia Bayas: En el ámbito considera, que es necesario hacer una coordinación con otro artículo que se encuentra en la misma ley, porque se hace referencia a las compañías nacionales o extranjeras para ratificar el domicilio.

María José Carrión: Insiste en que va a quedar muchos vacíos y el Código de la Salud tiene que plantearlos por ejemplo: la rectoría y ahora se le está poniendo temas más contractuales. Se debería generar una institución similar a lo que es la Superintendencia de Control.

Blanca Arguello: Hay aportes de la Superintendencia hay que seguir trabajando.

William Garzón: Muchas de las reformas que se están haciendo en este momento constan en la ley actual, inclusive hay una mala redacción en la propuesta. Hay que mejorar la redacción. Incrementar otros principios que no están como eficiencia, eficacia y oportunidad que son parte de la Constitución.

Presidencia: Hay una moción aprobada que se discuta artículo por artículo. No se ha dicho que se va aprobar solo es la primera aproximación con los asambleísta si es de reformular hay que hacerlo.





ASAMBLEA NACIONAL  
COMISION ESPECIALIZADA PERMANENTE DEL  
DERECHO A LA SALUD

**ESPACIO EN  
BLANCO**

Richard Farfán: Se puede agregar legalidad, trato justo, eficiencia, igualdad y no discriminación.

**Artículo 3.- Principios de aplicación.-** Para la aplicación de esta Ley y de los servicios que de ella deriven, observarán los siguientes principios: legalidad, trato justo, calidad, igualdad y no discriminación.

**Artículo 4.- Definiciones.-** Para efectos de la presente Ley, se entenderá por: Medicina prepagada: Son planes de salud establecidos por las compañías de medicina prepagada, por los cuales los afiliados recibirán a cambio de una cuota individual, las prestaciones, beneficios oportunos y de calidad en centros de atención médica y de laboratorios, así como de provisión de medicinas, según los términos establecidos en cada plan. Afiliado: Es aquella persona que, mediante la celebración de un contrato individual o colectivo de medicina prepagada, adquiere a cambio de un aporte económico, servicios de salud, para sí, sus dependientes o terceros. Contrato de medicina prepagada: Son contratos de adhesión, documento legal en la cual se establecen desde el inicio las obligaciones para ambas partes titular y empresa de medicina prepagada; para la compañías se establece una obligación de hacer, frente al afiliado o usuario, en virtud del cual, ésta se compromete, a cambio del pago de una cuota, a financiar el costo de prestación de los servicios de salud cubiertos en el plan de medicina prepagada contratado y en los términos del plan. Compañías de Medicina Prepagada: Es aquella persona jurídica nacional o extranjera legalmente establecida en el país, que tiene por objeto social exclusivo la prestación servicios de medicina prepagada.

María José Carrión: La cuota en los dos casos, no es necesariamente individual, puede ser familiar, corporativa, asociativa.

Patricia Bayas: Considera necesario ajustar todas las definiciones lo contrario es legislar en directo, casi el 80% que contiene este proyecto consta en la ley que se pretende eliminar, es el 20% que se debería poner en evidencia por ya existe.



 ASAMBLEA NACIONAL  
COMISION ESPECIALIZADA PERMANENTE DEL  
DERECHO A LA SALUD

# ESPACIO EN BLANCO

Raúl Auquilla: Esta sorprendido porque esta ley en un 80% está en la ley que se pretende derogar, propone más bien una reforma a la ley.

Carlos Velasco: No es el 80% acepta el planteamiento que puede ser una reforma, pero ahora se está iniciando un debate recién con este tema.

William Garzón: El porcentaje es percepción personal, y se debe continuar con el debate.

Carlos Velasco: Hay que mejorar la percepción de medicina prepagada.

## **TÍTULO II: CONSTITUCIÓN, RESERVA, FUNCIONAMIENTO Y ADMINISTRACIÓN**

**Artículo 5 - Constitución.** Las compañías de medicina prepagada serán sociedades anónimas, nacionales o extranjeras, y tendrán como objeto único la prestación de servicios de medicina prepagada, mediante el financiamiento de los servicios de salud y medicina, a través de planes que serán contratados por los titulares mediante la celebración de los respectivos contratos. Previo a la constitución de la compañía de medicina prepagada la Autoridad Sanitaria Nacional deberá emitir un informe motivado en la cual determine de factibilidad de constitución. El capital pagado para las compañías de medicina prepagada, será expresado en moneda de curso legal y no será menor a un millón (1'500.000) de dólares de los Estados Unidos de América.

María Alejandra Vicuña: ¿Cuál fue el criterio técnico para establecer el capital?

Pablo León: Se tuvo el asesoramiento de una persona que trabaja en una compañía de Seguros y también del Director Técnico de la Superintendencia de Bancos, ellos asesoraron para llegar un monto pero un respaldo técnico o un justificativo no hay.



ASAMBLEA NACIONAL  
COMISION ESPECIAL DE INVESTIGACION DEL  
SERVIDOR A LA LEY  
**ESPACIO EN  
BLANCO**

María Alejandra Vicuña: No se debería cerrar valores, sino poner un valor que vaya subiendo .

Carlos Velasco: Hay que tener elementos técnicos.

**Artículo 6.- De las reservas.-** Las compañías de medicina prepagada deben invertir el cien por ciento de sus reservas técnicas, y el cincuenta por ciento del capital pagado y de la reserva legal en moneda de curso legal o extranjera, procurando la más alta seguridad, rentabilidad y liquidez, en los rubros y porcentajes siguientes: a) Hasta un 50% en valores emitidos o garantizados por el Ministerio de Finanzas; b) Hasta un 40% en títulos valores representativos de captaciones que realizan los bancos e instituciones financieras, incluidas las obligaciones emitidas por éstas, que estén registradas en el mercado de valores, y que cuenten con calificación de riesgo, siempre en cuando estas obligaciones no sean convertibles en acciones; c) Hasta un 40% en cédulas hipotecarias emitidas por instituciones del sistema financiero nacional; d) Hasta un 30% en obligaciones o en valores provenientes de procesos de titularización emitidas u originadas por entidades privadas sujetas al control de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, que se encuentren inscritas en el Registro del Mercado de Valores, y que cuenten con calificación de riesgo; e) Hasta un 50% en compañías o instituciones sujetas al control de la Superintendencia de Bancos; f) Hasta un 10% en cuotas de fondos de inversión autorizados de conformidad con la Ley de Mercado de Valores; g) Hasta un 30% en bienes raíces situados en el territorio nacional previa autorización de la Autoridad Sanitaria Nacional; h) Hasta un 20% en valores emitidos por entidades públicas que estén registradas en el mercado de valores y que cuenten con calificación de riesgo; y, i) Hasta un 25% en acciones de sociedades anónimas previa autorización de la Autoridad Sanitaria Nacional.

Pablo León: No se explica que son las reservas técnicas. Se debería incorporar el



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

concepto de reserva técnica que diga: “Las empresas de medicina prepagada deberán constituir mensualmente las siguientes reservas técnicas: a).- Reserva de riesgo en curso; b) Reserva de insuficiencia de cuotas; c) Reservas de servicios no prestados y no reportados; d) Reserva de servicios prestados y reportados”

Byron Flores: Para una mejor optimización y control están las reservas técnicas. Es diferente la reserva técnica de los afiliados a la del patrimonio.

Carlos Velasco: Hay cosas que pueden ir a un proceso reglamentario.

María Alejandra Vicuña: Hay que hacer una construcción conjunta con el equipo asesor. La autoridad sanitaria debe ser la rectora en materias de salud y no trasgreda otras competencias.

Presidencia solicita se constate el quórum: Secretaria están presentes los asambleístas: Blanca Arguello, Raúl Auquilla, Richard Farfán, Paco Fierro, María Cristina Kronfle, María Vicuña y Carlos Velasco. Existe el quórum reglamentario para sesionar.

**Artículo 7.- De las reservas de riesgo en curso.-** Corresponde al monto reservado de cuotas no devengadas, durante la vigencia del contrato.

Sin observaciones.

**Artículo 8.- De las reservas de insuficiencias de cuotas.-** Esta reserva se constituye cuando la cuota resulta insuficiente para cubrir todos los riesgos y gastos futuros que correspondan al período de cobertura no extinguido a su fecha de cálculo. La Autoridad Sanitaria Nacional establecerá mediante reglamento la fórmula para el establecimiento de reservas de insuficiencia de cuotas, pudiendo ordenar que las instituciones prestadoras implementen esta reserva.

Sin observaciones.

**Artículo 9.- De las reservas de servicios prestados y no reportados.-** Corresponde al monto reservado en el balance de la compañías para cumplir con el costo último total estimado de atender todas las reclamaciones derivadas de los



 ASAMBLEA NACIONAL  
COMISION ESPECIALIZADA PERMANENTE DEL  
DERECHO A LA SALUD

**ESPACIO EN  
BLANCO**

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. Cada compañía de medicina prepagada deberá constituir una reserva trimestral de casos incurridos y no reportados calculada por un actuario debidamente certificado por la Autoridad competente.

Sin observaciones.

**Artículo 10.- De las 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.

Sin observaciones.

**Artículo 11.- Del financiamiento.**- Las compañías de medicina prepagada para su funcionamiento, se financiarán por sus propios medios y por las cuotas de sus afiliados o usuarios; y no recibirán subsidios estatales por ningún concepto.

Sin observaciones.

**Artículo 12.- De la Administración de las compañías de medicina prepagada.**- La administración de las compañías de medicina prepagada, estarán sujetas a las sanas prácticas de un buen gobierno corporativo, para lo cual el máximo órgano de gobierno designará un directorio que generará las políticas orgánico funcionales de la compañía.

Sin observaciones.

**Artículo 13.- Del permiso de funcionamiento.**- El permiso de funcionamiento de las compañías de medicina prepagada, será concedido por la Autoridad Sanitaria Nacional en virtud de las condiciones y requisitos establecidos para el efecto.

María Cristina Kronfle: La constitución de la compañía no está a cargo de la autoridad sanitaria está a cargo de la Superintendencia de Compañías.

### **TITULO III: DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA PREPAGADA**

**Artículo 14.- Aprobación y control de los contratos.**- La Autoridad Sanitaria



 ASAMBLEA NACIONAL  
COMISION ESPECIALIZADA PERMANENTE DEL  
DERECHO A LA SALUD

**ESPACIO EN  
BLANCO**

Nacional aprobará el contenido de los contratos adhesion y anexos, y controlará su aplicación. Previa a la aprobación de los modelos de contratos de adhesión, la Autoridad Sanitaria Nacional verificará que estos contengan especificados a detalle las prestaciones cubiertas, los derechos de los usuarios y su procedimiento de exigibilidad, el monto y plazo y, los demás requisitos que la autoridad emita para el efecto.

Sin observaciones.

**Artículo 15.- Modificación a los contratos.-** La aprobación de modificación a los contratos y anexos de las compañías de medicina prepagada, deberá solicitarse a la Autoridad Sanitaria Nacional, con la respectiva descripción de la modificación, acompañada de los documentos que de acuerdo con la naturaleza de la modificación sean pertinentes.

Sin observaciones.

**Artículo 16.- De los planes.-** Las compañías de medicina prepagada podrán prestar sus servicios de financiamiento, a través de planes abiertos o cerrados. Las compañías de medicina prepagada que oferten planes cerrados, deberán cumplir con todos los requisitos de calidad experiencia, aprobaciones académicas de las redes de prestadores médicos, de conformidad a lo determinado en el Reglamento de la presente Ley. Los usuarios que utilicen este plan podrán acudir a prestadores médicos de libre elección en caso de emergencia médica. En el caso que un plan contemple la prestación de los servicios de salud a través de una red de prestadores de servicios de salud, la compañía de medicina prepagada deberá verificar que los referidos prestadores estén debidamente acreditados, por la Autoridad Sanitaria Nacional.

Sin observaciones.

**Artículo 17.- De los servicios.-** Los planes de medicina prepagada deberán estar en capacidad de ofrecer al usuario como mínimo los siguientes servicios: a) Atención médica y profesional en las diversas especialidades, terapia intensiva, insumos médicos y quirúrgicos; y, medicamentos; b) Atención ambulatoria en todas las especialidades y sub-especialidades practicadas en las diferentes unidades de salud, en los consultorios y en los domicilios cuando el delicado



ASAMBLEA NACIONAL  
COMISION ESPECIALIZADA PERMANENTE DEL  
DERECHO A LA SALUD

ESPACIO EN  
BLANCO

estado de salud e imposibilidad de movilizar al paciente así lo justifique; c) La atención ambulatoria está definida por todas aquellas prestaciones de salud que, de acuerdo a la práctica médica común, no requieren de hospitalización para ser atendidas; d) Visita médica hospitalaria, cuando el beneficiario se encuentra internado en una unidad de salud; e) Procedimiento de emergencia ambulatorio o médico quirúrgicas. La emergencia, calificada por un médico, debe ser entendida como una situación grave que se presenta súbitamente y amenaza la vida o la salud de una persona o de un grupo de individuos, como las catástrofes naturales o una enfermedad aguda; f) Ambulancia terrestre, aérea y fluvial, debida y legalmente autorizada como tal, dentro del territorio nacional, excepto en los casos expresados en el respectivo Reglamento; g) Todas las interconsultas profesionales, exámenes auxiliares y de diagnóstico, existentes a la fecha de promulgación de la presente Ley o que pudieran crearse, incorporarse o estar disponibles a la fecha del requerimiento del servicio; h) Atención hospitalaria de acuerdo a la necesidad del beneficiario. En este derecho se incluye transporte, alimentación, habitación, terapia intensiva, insumos médicos y quirúrgicos, medicamentos, honorarios profesionales y todos los exámenes, procedimientos auxiliares de diagnóstico y terapéuticos de acuerdo a lo dispuesto en la presente Ley; el afiliado estará bajo la responsabilidad del profesional y de la compañías de medicina prepagada subsidiariamente; i) Todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, curaciones y atención ambulatoria en atención al tratamiento de continuación posterior de cada enfermedad o accidente atendido; j) Todos los procedimientos, diagnósticos y procedimientos terapéuticos, curaciones, atención ambulatoria, y rehabilitación para dar cobertura a los contratantes dentro de las especialidades, y sub - especialidades médicas y profesionales actuales o que pudieran crearse; k) Abortos en curso, embarazos normales o complicados, controles prenatales, partos vaginales o por cesárea con recién nacido a término o pre - término, complicaciones que se presentaren antes, durante y después del parto y alumbramiento, atención del recién nacido a término o prematuro, atención perinatal, atención en la unidad de cuidados intensivos, tanto para la madre como para el recién nacido a término o prematuro, para lo cual se



 ASAMBLEA NACIONAL  
COMISIÓN ESPECIALIZADA PERMANENTE DEL  
DERECHO A LA SALUD

**ESPACIO EN  
BLANCO**

emplearán todos los procedimientos médicos necesarios, a fin de preservar la salud de la unidad madre - hijo. l) Se atenderá de igual manera al recién nacido que padeciere de estigmas o patologías congénitas, genéticas o hereditarias; m) Reconocimiento de pagos totales o parciales, según el plan contratado, por la compra de medicamentos en cualquier farmacia calificada, siempre que aquellos hayan sido prescritos por un médico. n) Será obligación de la compañías cubrir todos los gastos que demande el trasplante de órganos necesarios para la supervivencia del beneficiario o sus dependientes, en cuyos casos, la compañías también cubrirá los gastos en que para tal fin incurriera el donante, de acuerdo al plan contratado; o) Cobertura total de estudios anatomopatológicos cuando éstos sean solicitados por un médico para configurar apropiadamente el diagnóstico o evolución de la patología de un paciente; p) Cobertura dental total o parcial de conformidad con el plan contratado; q) Cobertura total de todas las enfermedades congénitas y hereditarias; y, r) Atención de medicina preventiva o atención primaria y rehabilitación o atención terciaria como continuación de un tratamiento sujeto a cobertura contractual.

Raúl Auquilla: Se está dando lectura a todo el artículo?. Literal h) está demasiado generalizado, no es el beneficiario que debe tomar esa decisión debe ser criterio del médico o especialista. En el tema de insumos médicos incluye los aparatos ortopédicos?. Se debería incluir al menos aparatos ortopédicos.

María Cristina Kronfle: En el literal g) desde la palabra ley en adelante no se entiende lo que significa. No se debería decir lo dispuesto por la presente ley hay que corregirlo por el tema de protocolos.

María Alejandra Vicuña: Que siempre se refiera como profesionales de la salud porque es más abarcativo en todos los aspectos. La medicina prepagada excluyen el tema preventivo.

Carlos Velasco: Se está medicalizando a la prestación y muchos eventos psíquicos





ASAMBLEA NACIONAL  
COMISION ESPECIALIZADA PERMANENTE DEL  
DERECHO A LA SALUD

ESPACIO EN  
BLANCO

son de terapia familiar. Es fundamental en la definición que define transporte..ambulancia?. Que son los estigmas?

María Cristina Kronfle: Se debería escuchar el tema de las ayudas técnicas porque son posteriores a los accidentes y a veces las que requiere el paciente son muy caras. No se debe poner parto vaginal. Se debería incluir estudios genéticos para personas con discapacidad para saber si sus hijos nacen con alguna discapacidad. Cuando se habla de cobertura total de las enfermedades congénitas y hereditarias a que se refiere? La medicina prepagada debe hacerse cargo también de ese tema.

Paco Fierro: Cuanto cuesta un seguro de medicina prepagada?. Se debería reducir a seis meses de aporte en caso de embarazo, el seguro no cubre sino después del año.

María Cristina Kronfle: Cuantos tipos de abortos hay? Se habla de aborto en curso. Muchas mujeres con discapacidad acuden hacerse abortos terapéuticos.

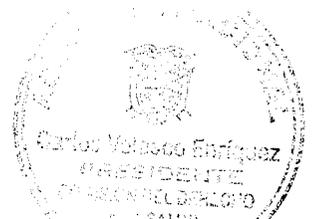
María Alejandra Vicuña: El procedimiento de reproducción asistida no está cubierta y debería cubrirse.

Paco Fierro: Estos servicios no se cubrirán con 70 dólares sino con 240 dólares, entonces se está legislando para la clase alta.

María Cristina Kronfle: Hay muchas cosas para las mujeres y poco para los hombres, hay que compensar y hacer un régimen de equidad.

Paco Fierro: En el seguro general enviar a hacer exámenes y si tienen algo no los aceptan.

Presidencia solicita se constante el quórum: Secretaria constante la presencia de



 **ASAMBLEA NACIONAL**  
**COMISION ESPECIALIZADA PERMANENTE DEL**  
**DERECHO A LA SALUD**

**ESPACIO EN**  
**BLANCO**

los assembleístas: Blanca Arguello, Raúl Auquilla, Richard Farfán, Paco Fierro, María Cristina Kronfle, María Alejandra Vicuña y Carlos Velasco. Hay quórum reglamentario.

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

  
Carlos Velasco Enríquez  
**Asambleísta por el Carchi**  
**Presidente de la Comisión Especializada**  
**Permanente del Derecho a la Salud.**

  
Dra. Mónica Guamán C.  
**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