

LIBRO AUTENTICO DE LEGISLACION ECUATORIANA



CONGRESO NACIONAL

EL PLENARIO DE LAS COMISIONES LEGISLATIVAS

CONSIDERANDO

- Que es obligación del Estado formular y establecer la política nacional de salud, así como determinar su aplicación en los respectivos servicios, sean estos presentados por el sector público o por el sector privado, supervisando su cumplimiento y garantizando que las prestaciones de salud remuneradas que brindan los particulares a la comunidad se implementen dentro de niveles de excelencia, a través de bienes y servicios de óptima calidad;
- Que la demanda para financiamiento de prestaciones de salud y medicina han experimentado un crecimiento sostenido, contándose en la actualidad con cerca de trescientos mil (300.000) afiliados, cuyos derechos y obligaciones deben estar debidamente normados;
- Que la colectividad nacional y los otros factores activos del convivir social, demandan del poder público la expedición de un cuerpo legal que regule la organización y funcionamiento de los sistemas de financiamiento de los servicios de salud y medicina prepagados privados en el país; y.

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, expide la siguiente:

LEY QUE REGULA EL FUNCIONAMIENTO DE LAS EMPRESAS PRIVADAS DE SALUD Y MEDICINA PREPAGADA

- Art. 1. Las empresas de salud y medicina prepagada, son sociedades constituidas en el territorio nacional y que en virtud del pago de cotizaciones o aportaciones individuales, otorgan a sus afiliados el financiamiento para el servicio de salud y atención médica en general.

La presente Ley regula la organización y funcionamiento de las empresas privadas de salud y medicina prepagada que financian la prestación de servicios de salud y, garantiza los derechos y obligaciones de los afiliados a estas empresas.

LIBRO AUTENTICO DE LEGISLACION ECUATORIANA

2

Art. 2. Para efectos de esta Ley, al usuario del servicio de las empresas de salud y medicina prepagada también se lo llamará contratante, beneficiario, cotizante, afiliado o dependiente.

Para estos mismos efectos a los servicios de salud y medicina prepagada, también se los denominará como sistemas o planes.

Art. 3. Los planes de salud y medicina prepagada son sistemas establecidos legalmente, por los cuales el afiliado como titular del derecho, su cónyuge o conviviente legal, sus hijos, padres u otros familiares o cargas legales, que en calidad de dependientes reciben a cambio de una cotización o aportación individual, cuyo monto dependerá del plan o sistema contratado, las prestaciones y beneficios oportunos y de calidad en centros de atención médica y de laboratorios adscritos o no al sistema, así como de provisión de medicinas.

El afiliado, podrá también incorporar como beneficiarios de un plan a todos los que sin tener la condición de carga legal, sean aceptados por las empresas de medicina prepagada.

Art. 4. Los servicios que ofertan las empresas de salud y medicina prepagada privadas, deberán ser prestados por sociedades anónimas, nacionales o extranjeras. Su objeto social será el financiamiento de los servicios de salud y medicina y tendrá un capital pagado mínimo de ochenta mil (80.000) UVC'S cuya aportación y pago se regirá por la Ley de Compañías vigente.

El permiso de funcionamiento de las empresas de salud y medicina prepagada, será concedido por el Ministerio de Salud Pública en virtud de las condiciones y requisitos establecidos en el Reglamento General de esta Ley.

Art. 5. Las empresas privadas de salud y medicina prepagada pueden prestar sus servicios de financiamiento, a través de planes abiertos, cerrados o mixtos.

Art. 6. Frente a una urgencia o emergencia médica del usuario o sus dependientes contractuales, éstos podrán elegir el centro de atención médica al cual acudir.

Más, 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, la empresa de salud y medicina prepagada privada, deberá reembolsar los valores respectivos, de acuerdo al plan de salud contratado.

Art. 7. Los planes de salud y medicina prepagada deberán estar en capacidad de ofrecer al usuario 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.

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:

- c) Visita médica hospitalaria, cuando el beneficiario se encuentra internado en una unidad de salud;
- d) 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;
- e) Ambulancia terrestre, aéreas y fluvial, debida y legalmente autorizada como tal, dentro del territorio nacional, excepto en los casos expresados en el respectivo Reglamento;
- f) 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:

- g) Atención hospitalaria a criterio del médico o profesional que atiende al 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 mencionados en el artículo anterior o a criterio del médico o profesional bajo cuya responsabilidad está el contratante;
- h) Todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, curaciones y atención ambulatoria en atención al tratamiento de continuación posterior de cada enfermedad o accidente atendido;
- i) Todos los procedimientos diagnósticos y 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;
- j) Abortos no provocados, embarazos normales o complicados, controles prenatales, partos vaginales o por cesárea de productos 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 producto a término o prematuro, para lo cual se emplearán todos los procedimientos médicos necesarios, a fin de preservar la salud de la unidad madre-niño.
- Se atenderá de igual manera al recién nacido que padeciere de estigmas o patologías congénitas, genéticas o hereditarias;
- k) 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;

Será obligación de la empresa cubrir todos los gastos que demande el transplante de órganos necesarios para la supervivencia del beneficiario o sus dependientes, en cuyos casos, la empresa también cubrirá los gastos en que para tal fin incurriere el donante, de acuerdo al plan contratado:

LIBRO AUTENTICO DE LEGISLACION ECUATORIANA

- l) Cobertura total de estudios anatomopatológicos cuando éstos sean solicitados por un médico o profesional para configurar apropiadamente el diagnóstico o evolución de la patología de un paciente;
- m) Cobertura dental total o parcial de conformidad con el plan contratado; y,
- n) Cobertura total de todas las enfermedades congénitas y hereditarias.

Art. 8. Las empresas de salud y medicina prepagada para su funcionamiento, se financiarán por sus propios medios y no recibirán subsidios estatales por ningún concepto.

Art. 9. La calidad de contratante, afiliado, usuario, beneficiario, cotizante o dependiente de un plan de salud ofertado por una empresa de salud y medicina prepagada, se lo obtiene en virtud de la suscripción de un contrato que se denominará: Contrato de Prestación de Servicios de Salud y Medicina Prepagada, que deberá ser aprobado por el Ministerio de Salud Pública y elaborado en formatos legibles y comprensibles, al cual se agregarán, previo a la suscripción del contrato, declaración jurada de salud o anamnesis, hasta el límite de su conocimiento:

1. Del estado actual de salud;
2. La expresión de enfermedades preexistentes que conoce adolecer y su historia clínica pasada; y,
3. Las enfermedades padecidas, operaciones y accidentes sufridos.

Art. 10. Todo lo relacionado con el precio, forma de pago, vigencia y terminación del Contrato de Prestación de Servicios de Medicina Prepagada, las características de los planes, las exclusiones y restricciones, períodos de carencia, el arancel o catálogo valorizado de prestaciones, sistema de reembolsos de gastos médicos, de bonos valorizados y de atención de infraestructura propia, 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 General de esta Ley.

Expresamente se determina que el precio de cada plan, será pactado en sucres 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

LIBRO AUTENTICO DE LEGISLACION ECUATORIANA

y el comportamiento de la morbilidad registrada por cada plan.

- Art. 11. Las empresas de salud y medicina prepagada, no podrán unilateralmente dar por terminado un contrato dentro del primer año de cobertura; de igual manera, no podrá darse por terminada dicha contratación mientras esté cubriendo una contingencia de salud, a menos que exista en ambos casos incumplimiento por parte del usuario de las obligaciones contractuales.
- Art. 12. 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.
- Art. 13. El servicio de salud y medicina prepagada se activará frente a la demanda de atención del usuario. Se prohíbe expresamente limitar una adecuada evaluación del paciente con fines de ahorro, el usuario tendrá derecho a que se le practiquen los exámenes pertinentes que el médico tratante considere necesario de acuerdo a la enfermedad para configurar un diagnóstico y determinar el tratamiento.
- Art. 14. En caso de accidentes o lesiones provocadas por terceros, a quien tenga un contrato de prestación de servicios de salud y medicina prepagada, la empresa podrá actuar contra el tercero causante y en caso de establecer legalmente su responsabilidad, perseguir de él un reconocimiento de la bonificación satisfecha previamente.
- Art. 15. La evaluación de la calidad en la prestación de los servicios de salud y medicina prepagada, estará a cargo de la Dirección Provincial de Salud.
- Art. 16. Los reembolsos de prestaciones, conocimiento resolutive de inquietudes, reclamos y conflictos por desacuerdo, modificación contractual unilateral o insatisfacción en el servicio recibido por parte de los afiliados, podrán recurrir a los organismos de control, supervisión y decisión propios de la empresa, cuyos deberes y atribuciones, se determinarán en el Reglamento de esta Ley.
- Art. 17. En caso de reclamación de un afiliado, rechazada o desatendida dentro del plazo de 15 días desde su presentación por la empresa de medicina prepagada, podrá recurrirse por sí o mediante procurador judicial, ante la Dirección Provincial de Salud, entidad que resolverá sobre el reclamo presentado dentro del término máximo de 15 días a partir de la recepción del requerimiento.

LIBRO AUTENTICO DE LEGISLACION ECUATORIANA

7

Art. 18. De las resoluciones de la Dirección Provincial de Salud o en caso de silencio administrativo, podrá recurrirse mediante vía verbal sumaria ante los jueces y tribunales competentes dentro del término de 15 días contados a partir de su fecha de notificación o del vencimiento del término señalado en el artículo precedente.

Cuando el recurrente sea la empresa de salud y medicina prepagada, previamente deberá rendir una garantía bancaria o una póliza de seguro de fiel cumplimiento por el valor al que asciende la prestación o prestaciones en litigio.

Art. 19. Para el caso de suscitarse controversias relacionadas con la aplicación, interpretación y ejecución de un contrato de servicios de salud y medicina prepagada, el juez o tribunal competente será el del domicilio del demandado.

DISPOSICION TRANSITORIA

A la vigencia de la presente Ley, todas las empresas de medicina prepagada, tienen el plazo máximo de seis meses, para reajustar su capital, al mínimo establecido en el artículo 4 de esta Ley.

Dada en la ciudad de San Francisco de Quito, Distrito Metropolitano, en la Sala de Sesiones del Plenario de las Comisiones Legislativas del Congreso Nacional del Ecuador, a los veintinueve días del mes de Julio de mil novecientos noventa y ocho.


Dr. Heinz Moeller Freile
PRESIDENTE DEL CONGRESO NACIONAL


Dr. Jaime Davila de la Rosa
SECRETARIO GENERAL DEL CONGRESO NACIONAL (E)