



REGISTRO OFICIAL®

ÓRGANO DEL GOBIERNO DEL ECUADOR

Administración del Sr. Ec. Rafael Correa Delgado
Presidente Constitucional de la República

SUPLEMENTO

Año IV - Nº 863

**Quito, lunes 17 de
octubre de 2016**

Valor: US\$ 1,25 + IVA



ASAMBLEA NACIONAL
REPÚBLICA DEL ECUADOR

ING. HUGO DEL POZO BARREZUETA
DIRECTOR

Quito: Avenida 12 de Octubre
N23-99 y Wilson
Segundo Piso

Oficinas centrales y ventas:
Telf. 3941-800
Exts.: 2301 - 2305

Distribución (Almacén):
Mañosca Nº 201 y Av. 10 de Agosto
Telf. 243-0110

Sucursal Guayaquil:
Av. 9 de Octubre Nº 1616 y Av. Del Ejército
esquina, Edificio del Colegio de Abogados
del Guayas, primer piso. Telf. 252-7107

Suscripción anual:
US\$ 400 + IVA para la ciudad de Quito
US\$ 450 + IVA para el resto del país

Impreso en Editora Nacional

16 páginas

www.registroficial.gob.ec

**Al servicio del país
desde el 1º de julio de 1895**

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

REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

Oficio No. SAN-2016-1835

Quito, 13 de octubre de 2016

Ingeniero
Hugo Del Pozo Barrezueta
Director Del Registro Oficial
En su despacho.-

De mis consideraciones:

La Asamblea Nacional, de conformidad con las atribuciones que le confiere la Constitución de la República del Ecuador y la Ley Orgánica de la Función Legislativa, discutió y aprobó 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.**

En sesión de 12 de octubre de 2016, el Pleno de la Asamblea Nacional conoció y se pronunció sobre la objeción parcial presentada por el señor Presidente Constitucional de la República.

Por lo expuesto, y, tal como dispone el artículo 138 de la Constitución de la República del Ecuador y el artículo 64 de la Ley Orgánica de la Función Legislativa, acompaño el texto de la **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**, para que se sirva publicarlo en el Registro Oficial.

Atentamente,

f.) **DRA. LIBIA RIVAS ORDOÑEZ,**
Secretaria General.

REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

CERTIFICACIÓN

En mi calidad de Secretaria General de la Asamblea Nacional, me permito **CERTIFICAR** que la Asamblea Nacional discutió y aprobó 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**”, en primer debate el 4 de febrero de 2016; en segundo debate el 9 de junio, 26 de julio y 11 de agosto de 2016; y, se pronunció sobre la objeción parcial del Presidente Constitucional de la República el 12 de octubre de 2016.

Quito, 12 de octubre de 2016.

f.) **DRA. LIBIA RIVAS ORDOÑEZ,**
Secretaria General.

REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

EL PLENO

CONSIDERANDO

Que, el Art. 3 de la Constitución de la República establece como deber primordial del 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 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, como la salud es 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; y,

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:

**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.- A la salud en el ámbito de la presente Ley.- 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 el enfoque bio-psico social, para la resolución de los problemas de salud de los usuarios, 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 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 un millón de dólares de los Estados Unidos de Norteamérica (USD 1 000.000,00).

La Superintendencia de Compañías Valores y Seguros, podrá, mediante resolución debidamente motivada, incrementar el monto del capital suscrito y pagado mínimos. Para dicho incremento deberá considerar, obligatoriamente, elementos de ponderación que tengan en cuenta las características financieras de las compañías, de tal forma que se asegure la sostenibilidad del sector.

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 para efecto de deducciones del impuesto a la renta, tendrán el mismo tratamiento, límites y condiciones que las constituidas por las empresas de seguros y reaseguros, de conformidad con la Ley de la materia.

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.

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 autorizados por aquellas para gestionar y obtener contratos.

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 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 con el 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 padeciere 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 con el plan contratado;

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