Suplemento del Registro Oficial No. 863 , 17 de Octubre 2016

Normativa: Vigente

Última Reforma: No reformado

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

(Ley s/n)

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.

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.

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 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

Art. 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.

Art. 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.

Art. 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.

Art. 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.

Art. 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 I
REQUISITOS MÍNIMOS PARA LA CONSTITUCIÓN DE LAS COMPAÑÍAS QUE FINANCIEN SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PREPAGADA.

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

Art. 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.

Art. 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.

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

Art. 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 II
FUNCIONAMIENTO

Art. 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.

Art. 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.

Art. 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.

Art. 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.

Art. 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, las complicaciones médicas que se derivaren de dichos procesos; y, las de suministro de medicamentos, insumos, dispositivos médicos y demás necesarios para atender al donante y al receptor;

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

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

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

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

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

17.- Atención de enfermedades psiquiátricas de base orgánica, determinadas por la Autoridad Sanitaria Nacional, de conformidad con el plan contratado;

18.- Prestaciones de salud dental, asesoría nutricional y consultas psicológicas, de conformidad con el plan contratado.

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

Sección III
CAUTELA DE DERECHOS DE LOS USUARIOS EN CASOS DE LIQUIDACIÓN DE LAS COMPAÑÍAS

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

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

Capítulo III
REGULACIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL FACULTADES Y ATRIBUCIONES

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

1.- Vigilancia y control societario, financiero y contractual no sanitario, de conformidad con lo establecido en la Ley de Compañías, Código Orgánico Monetario Financiero, esta Ley, y los reglamentos, resoluciones y más normativa vigente. La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros realizará inspecciones concurrentes de carácter periódico a las compañías para verificar el cumplimiento de lo previsto en este numeral;

2.- El control del cumplimiento de las resoluciones dictadas por la Junta de Política y Regulación Financiera, en base a lo dispuesto en esta Ley y en el Código Orgánico Monetario y Financiero, para las compañías de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica;

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

4.- Determinación en los contratos y pólizas tipo y sus anexos, de condiciones y cláusulas obligatorias, e identificación de cláusulas que se consideraren abusivas;

5.- Sustanciar y dirimir en sede administrativa los reclamos que surjan de la aplicación de los contratos para el financiamiento de servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros de asistencia médica;

6.- Para los casos previstos en esta Ley, sustanciar los procesos de disolución y liquidación voluntaria o forzosa de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y de las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica;

7.- Ejercer competencia para la determinación y sanción de las faltas administrativas previstas en esta Ley; y,

8.- Las demás previstas en la Ley.

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

La regulación y control previstos en el inciso anterior se efectuarán en los siguientes ámbitos de acción:

1.- Regulación y control de la oportunidad, eficiencia y calidad de las prestaciones sanitarias, ofertadas por los prestadores de salud que tengan relación contractual con las compañías reguladas por esta Ley;

2.- Regulación y control de la calidad de los servicios sanitarios que se presten a través de plataformas tecnológicas u otros medios informáticos;

3.- Aprobación de periodos de carencia, aplicables para cada uno de los planes programas y modalidades, y de la modificación de aquellos;

4.- Dictar y ejercer el control de los lineamientos y términos de referencia que aseguren la suficiencia, eficiencia y eficacia de las prestaciones de salud;

5.- Emitir los dictámenes obligatorios en materia sanitaria previstos en esta Ley para la

solución de controversias respecto de la aplicación y cumplimiento de los contratos; y,

6.- Ejercer competencia para la determinación y sanción de las faltas administrativas previstas en esta Ley.

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

Capítulo IV
DE LOS PLANES, PROGRAMAS, MODALIDADES, CONTRATOS Y PÓLIZAS

Sección I
DE LOS PLANES, PROGRAMAS Y MODALIDADES

Art. 19.- Planes y programas.- Todos los planes y programas de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y de las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, deberán contener el detalle de prestaciones cubiertas, sus contenidos, alcances y límites; y, garantizar a los usuarios el acceso efectivo a los servicios de salud: ambulatorio, prehospitalario, hospitalario y de urgencias y emergencias médicas, con las prestaciones integrales para la prevención, diagnóstico, tratamiento clínico o quirúrgico, incluyendo los auxiliares de diagnóstico, complementarios y específicos requeridos, rehabilitación, cuidados paliativos institucionales o domiciliarios, necesarios según la condición de salud del paciente, por ciclo de vida, edad y sexo, de acuerdo con el plan contratado.

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

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

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

Art. 21.- Requisitos formales.- Los planes y programas ofertados deberán estar redactados en idioma castellano, de modo que el consumidor tenga acceso a información

adecuada, veraz, clara, oportuna, completa y precisa acerca del alcance y los límites de todas y cada una de las prestaciones ofertadas, montos de cobertura, tarifario aplicable, modalidad a utilizarse, sus características, calidad, condiciones de contratación y demás aspectos relevantes de los mismos.

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

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

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

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

2.- Modalidad Cerrada.- Para efectos de esta Ley se entenderá como modalidad cerrada, aquella por la cual el usuario recibirá atención sanitaria únicamente a través de prestadores de servicios de salud relacionados con las compañías financiadoras en los ámbitos comercial o de integración societaria.

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

Sección II
DE LOS CONTRATOS

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

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

Su estructura y contenidos se sujetarán a las cláusulas obligatorias aprobadas por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para las prestaciones de salud que cubran dichos contratos; y, en todo lo que sea aplicable, a lo previsto en la Ley Orgánica de Defensa del Consumidor, en lo atinente a protección contractual.

Art. 24.- Objeto del contrato.-El objeto de los contratos de prestación de servicios de atención integral de salud prepagada, contendrá la obligación del financiamiento, el detalle de las prestaciones de salud materia de la contratación aprobadas por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, sus contenidos, alcances y límites.

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

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

Art. 25.- Condiciones comunes.- Los contratos para el financiamiento de prestaciones de servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros con cobertura de asistencia médica, contendrán las condiciones comunes de carácter general, y de carácter sanitario. Sin perjuicio de lo señalado en este artículo, las compañías de seguros que oferten seguros con cobertura de asistencia médica, están sujetas a las disposiciones del Código Orgánico Monetario Financiero y más legislación vigente.

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

1.- Responder a normas de igualdad y equidad entre las partes contratantes;

2.-Señalamiento taxativo de la documentación indispensable para que operen las prestaciones y contraprestaciones tanto de carácter sanitario, como de carácter económico;

3.- Inclusión de cláusulas relativas a la solución de controversias, en la forma prevista en la Ley;

4.- Señalamiento taxativo de causales para la terminación anticipada de los contratos que se originen en los incumplimientos de las obligaciones contractuales tanto de la compañía como del afiliado o asegurado, observando estrictamente la Ley Orgánica de Defensa del Consumidor;

5.- Otras que determinen los organismos de control y regulación, de conformidad a lo establecido en esta Ley, Ley de Compañías, Código Orgánico Monetario y Financiero y demás normativa aplicable.

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

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

1.- Ceñir su contenido en cuanto a prestaciones sanitarias a lo establecido en esta Ley, la Ley Orgánica de Salud, reglamentos y más normativa expedida por la Autoridad Sanitaria Nacional.

2.- El detalle expreso de las exclusiones y no coberturas deberá constar en los anexos del contrato, que serán ampliamente difundidos, conocidos, aceptados y suscritos por el titular del contrato. En ningún caso deben constar como exclusiones las condiciones médicas preexistentes determinadas y registradas de manera unilateral por las compañías.

3.- Se prohíben estipulaciones contractuales, que regulen o pretendan regular la duplicidad de amparo, u otras de la misma naturaleza, bajo cualquier denominación, que tengan como propósito limitar de cualquier forma el cumplimiento de las obligaciones contractuales, principalmente en materia de financiamiento de la atención integral de salud prepagada y de cobertura de riesgos, para las compañías de seguros.

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

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

Art. 29.- Precio.- El precio que se fije en los contratos guardará conformidad con las notas técnicas y estudios actuariales aprobados por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros con el soporte técnico de la Autoridad Sanitaria Nacional.

Tanto las notas técnicas, cuanto los estudios actuariales serán elaborados por actuarios

independientes de las compañías controladas, debidamente calificados por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.

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

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

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

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

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

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

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

4.- Otras que determine la Autoridad Sanitaria Nacional.

Art. 31.- Terminación Anticipada de los contratos.- Las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, no podrán unilateralmente dar por terminado un contrato, salvo lo dispuesto en el artículo 38 numeral 3, o por incumplimiento de las contraprestaciones económicas por parte del titular, dicha causal se configurará con el impago de tres meses consecutivos, y la notificación por escrito por parte de la compañía

al titular del contrato, durante el periodo de mora, la compañía, previa notificación al usuario, podrá suspender el financiamiento para la cobertura de las prestaciones contratadas, excepto para la que corresponda a emergencia médica, hasta cuando se produzca el pago de las cuotas adeudadas.

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

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

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

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

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

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

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

Se prohíbe también a las aludidas compañías modificar las condiciones de los contratos para el financiamiento de prestaciones de salud y de los de seguros de asistencia médica,

para disminuir, restringir o eliminar la cobertura contratada, por el hecho de que los usuarios o asegurados cumplan o tengan determinada edad, siempre que dichos contratos posean una continuidad mínima previa de cinco años. En ningún caso se admitirán cambios o modificaciones anteriores para eludir lo dispuesto en este inciso.

Se prohíbe 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, establecer períodos de carencia superiores a sesenta días, en los contratos individuales que contengan cobertura de atención de maternidad. El período de carencia se contará a partir de la fecha de suscripción del contrato y podrá ser reducido, en virtud del acuerdo libre y voluntario de las partes. Si el embarazo se produjere durante el período de carencia, las mujeres embarazadas recibirán cobertura de atención prenatal, con cargo al precio y condiciones establecidos en el contrato original

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

Las condiciones de cobertura de asistencia médica o de salud para las personas con discapacidad se sujetarán a lo previsto en la Ley de la materia y más normativa vigente.

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

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

En lo s contrato s con cobertura de enfermedades preexistentes, el usuario, beneficiario, afiliado, dependiente o asegurado recibirá, desde el momento de la contratación, cobertura de las prestaciones que no sean parte de la preexistencia.

Las compañías podrán presentar reclamo administrativo, en la forma prevista en esta ley, para alegar preexistencia no declarada al tiempo de la contratación, cuando consideraren que el titular, usuario, beneficiario, afiliado, dependiente o asegurado conocía la existencia de su enfermedad, patología o condición de salud, por presentar manifestaciones clínicas y alteraciones físicas que por sus signos y síntomas característicos

y evidentes, no pudieron pasar desapercibidos, en cuyo caso, la autoridad competente dirimirá el mismo, en mérito al expediente y a las pruebas actuadas.

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

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

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

3.- Notificar al usuario, dentro de los cinco días hábiles posteriores al requerimiento, cuando la prestación no se encuentre cubierta o exceda el monto de la cobertura;

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

5.- No establecer incrementos adicionales de manera individual a los aportes, cuotas o primas del plan contratado, ante el aparecimiento de enfermedades crónicas y/o catastróficas, ni negar la renovación de los contratos;

6.- Garantizar los derechos de los afiliados, usuarios, dependientes, beneficiarios o asegurados, en caso de disolución y liquidación voluntaria o forzosa, en los términos previstos en la Ley;

7.- Suministrar la información que sea requerida por los organismos de regulación y control previstos en esta Ley;

8.- En la modalidad mixta, en la parte que corresponda, velar para que las prestaciones de los servicios de salud cumplan con los estándares de calidad establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional; y, exigir a los prestadores sanitarios encargados de dichas prestaciones, acrediten las respectivas aprobaciones académicas o licénciamiento, según corresponda; y,

9.- Implementar tecnologías de la información y comunicación, para facilitar la relación interactiva entre las compañías, los prestadores de servicios de salud y los usuarios, principalmente en materia de tramitación administrativa de las prestaciones y contraprestaciones económicas de los contratos, reembolsos, etc.

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

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

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

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

1.- Cumplir sus obligaciones contractuales;

2.- Pagar las contraprestaciones económicas en los plazos previstos en los contratos; y,

3.- Actuar de buena fe a la hora de contraer obligaciones contractuales; presunción que admite prueba en contrario, que de producirse, mediante reclamo, sustanciado de acuerdo a lo previsto en esta Ley, será causal de terminación del contrato.

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

Sección I
RECLAMO ADMINISTRATIVO

Art. 39.- Acuerdo directo.- Las partes procurarán solucionar de modo directo las potenciales controversias que surjan de la aplicación de los contratos suscritos con compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, para lo cual, la parte que se crea perjudicada planteará queja por escrito a la otra, en la que exprese su posición, dentro del término de siete días, contado a partir de la negativa a cubrir el financiamiento de las prestaciones sanitarias o del incumplimiento de las obligaciones contractuales por parte del usuario. Si dentro del término de ocho días, posteriores a la presentación de la queja, no se llegare a una solución amistosa, la parte que se creyere

perjudicada, quedará en libertad de plantear el reclamo administrativo correspondiente, en los términos previstos en esta Ley, otras acciones judiciales a que hubiere lugar, o mecanismo o procedimiento alternativos de solución de conflictos, a elección del actor.

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

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

Sección III
PROCEDIMIENTO PARA LA SUSTANCIACIÓN DEL RECLAMO ADMINISTRATIVO

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

Los titulares o usuarios de los contratos suscritos con las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, podrán presentar reclamo administrativo debidamente fundamentado y respaldado documentariamente ante el o la Intendente/a de Compañías, de la jurisdicción de su domicilio, dentro del término de ciento veinte (120) días, contados a partir de la fecha de vencimiento del término establecido para el acuerdo directo, si éste no se hubiere producido, a fin de que la autoridad corra traslado con el reclamo a la otra parte, para que lo conteste dentro del término de diez días, contado a partir de la notificación con el reclamo. Cuando la controversia versare sobre asuntos sanitarios, concomitantemente al traslado, se solicitará dictamen a la Autoridad Sanitaria Nacional que deberá ser emitido obligatoriamente, dentro del término de quince días, contado a partir del requerimiento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Capítulo VII
COMPETENCIA, FALTAS ADMINISTRATIVAS Y RÉGIMEN SANCIONATORIO

Sección I
COMPETENCIA

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

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

Art. 48.- Competencia de la Superintendencia de Compañías, Valores y **Seguros.-** La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, ejercerá competencia para determinar y sancionar, las faltas administrativas previstas en los numerales 2 y 3 del artículo 51, las contenidas en los numerales 1, 2, 3, 7, 8, 9, 10 y 11 del artículo 52, y las estipuladas en el artículo 53 de esta Ley, en que incurrieren las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica.

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

Sección II
FALTAS ADMINISTRATIVAS Y RÉGIMEN SANCIONATORIO

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

1.- Multa; y,

2.- Disolución y liquidación forzosa de las compañías.

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

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

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

1.- No llevar un registro actualizado del portafolio de titulares, beneficiarios, usuarios, dependientes y asegurados en la forma prevista en esta Ley;

2.- No brindar al usuario, información adecuada, veraz, clara, oportuna, completa y precisa acerca del alcance y los límites de todas y cada una de las prestaciones ofertadas,

coberturas, tarifario aplicable, modalidad a utilizarse, sus características, calidad, condiciones de contratación y demás aspectos relevantes de los mismos, en la forma prevista en esta Ley;

3.- No responder a las peticiones formuladas por los titulares, beneficiarios, usuarios, afiliados, dependientes o asegurados, dentro del término de diez días, contado a partir de la fecha de la petición; ni notificar al usuario en los términos previstos en el número 3 del artículo 35 de esta Ley;

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

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

1.- Establecer unilateralmente valores adicionales a los contratados;

2.- Realizar valoraciones médicas con fines de exclusión para las prestaciones de salud;

3.- En las modalidades cerrada y mixta, en la parte que corresponda, no exigir a los prestadores sanitarios encargados de dichas prestaciones, acrediten las respectivas aprobaciones académicas y/o licénciamiento, según corresponda;

4.- Ofertar o comercializar planes de cobertura sanitaria no autorizados por el organismo competente;

5.- No remitir información que solicite la Autoridad Sanitaria Nacional, según lo dispuesto en esta Ley;

6.- Ofrecer exclusivamente planes en modalidad cerrada;

7.- No observar las disposiciones de esta Ley para la fijación de precios de los contratos;

8.- Modificar de modo unilateral y sin autorización de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, las estipulaciones contractuales;

9.- Emplear publicidad engañosa o abusiva en la oferta de planes y programas para la cobertura de prestaciones de salud, sin perjuicio de lo previsto en otras leyes respecto de la suspensión y rectificación de contenidos;

10.- No cumplir con el reembolso, o no pagar el seguro contratado, no impugnados u objetados, en los plazos previstos en la Ley; y,

11.- Para efectos de aplicación de esta Ley, no remitir la información que solicite la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, para el ejercicio de sus obligaciones de supervisión y control;

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

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

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

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

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

El cometimiento de faltas muy graves será sancionado con disolución y liquidación forzosa de las compañías y multa de sesenta salarios básicos unificados del trabajador en general. Para la ejecución de esta sanción, la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, se sujetará a lo previsto en las leyes de la materia. La imposición de estas sanciones no eximirá a la compañía del cumplimiento de sus obligaciones contractuales.

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

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

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

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

Sección III
PROCEDIMIENTO PARA LA DETERMINACIÓN Y SANCIÓN DE FALTAS ADMINISTRATIVAS

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

fundamento para el inicio del respectivo expediente.

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

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

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

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

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

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

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

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

Las sanciones administrativas prescribirán en el plazo de ciento ochenta días, contado

desde el día siguiente a aquel en que adquiera firmeza la resolución por la que se impone la sanción, siempre que no se haya iniciado la acción coactiva.

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

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

DISPOSICIONES GENERALES

Primera.- La Junta de Política y Regulación Financiera, prevista en el Código Orgánico Monetario y Financiero, tendrá facultad para emitir regulaciones aplicables a las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, de carácter económico, financiero y contable; y, en relación a la metodología y forma de cálculo de las reservas técnicas, establecidas por esta Ley y a las que determinare la Superintendencia de Compañías, al tenor de lo previsto en el artículo 10 de este Cuerpo Legal, tomando en cuenta obligatoriamente sus características y especificidades.

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

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

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

Quinta.- Las compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada o de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, deberán cancelar o reembolsar a la institución de la Red Pública Integral de Salud, los montos o valores que por atenciones médicas en sus unidades se hayan efectuado a personas que también sean titulares y/o beneficiarios de seguro privado de salud y/o medicina prepagada, hasta el monto de lo contratado.

En el caso de que la prestación se haya efectuado en una institución de salud privada y, siempre que haya mediado la respectiva derivación, las compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada o de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, deberán cancelar al establecimiento de salud privado o reembolsar

a la institución de la Red Pública Integral de Salud los pagos efectuados por dichas atenciones, hasta el monto de lo contratado.

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

Séptima.- Las facultades y atribuciones de regulación y control conferidas en la ley a la Autoridad Sanitaria Nacional, podrán ser asumidas por la entidad administrativa en materia sanitaria que se cree mediante decreto ejecutivo para regular y controlar 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, cuando ésta se organice, financie y entre en pleno funcionamiento.

Octava.- Las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, deberán invertir las utilidades netas generadas en cada ejercicio fiscal, en el porcentaje que determine la Junta de Política y Regulación Financiera en el mejoramiento del financiamiento de servicios de salud.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

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

Segunda.- En el plazo de treinta días, contado a partir de la publicación de esta Ley en el Registro Oficial, las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, deberán remitir a la Autoridad Sanitaria Nacional toda la información referida a notas técnicas, portafolio de clientes, cartera de servicios y la que fuere necesaria para que dicha autoridad dicte la normativa e instrumentos previstos en la disposición transitoria novena de esta Ley.

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

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

Quinta.- Se establece el plazo de noventa días, contado a partir de la publicación en el Registro Oficial de la regulación a la que se refiere la disposición transitoria anterior, para que las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada realicen los ajustes contables indispensables para estructurar las reservas técnicas

previstas en este cuerpo normativo; y el de tres años, contado a partir de dicha publicación, para provisionar las referidas reservas.

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

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

Octava.- Dentro del plazo de ciento veinte días, contado a partir del vencimiento del plazo previsto en la disposición transitoria anterior, la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros aprobará los planes, programas y modalidades para la prestación de los servicios de atención integral de salud prepagada y de cobertura de seguros de asistencia médica, incluidos los que se oferten en el país para coberturas internacionales, así como las cláusulas obligatorias y prohibidas, aplicables para cada uno de los contratos, planes programas y modalidades, ajustados a las disposiciones de la presente Ley. Dentro del referido plazo, para el cumplimiento de esta disposición las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, y las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, están obligadas a remitir para el efecto, a dicha autoridad, los instrumentos mencionados.

Novena.- En el plazo que discurra entre la publicación de la presente Ley en el Registro Oficial y el establecido para su vigencia, los contratos que hayan sido suscritos, y se hallen en curso, los nuevos que se suscriban y los que se renueven se cumplirán al amparo de la "Ley que Regula el Funcionamiento de las Empresas Privadas de Salud y Medicina Prepagada". En cuanto a los plazos, los contratos suscritos, y que se hallen en curso durarán hasta el cumplimiento del plazo contractual estipulado, en tanto que los contratos nuevos que se suscriban y los que se renueven, por esta única ocasión, durarán hasta la fecha de entrada en vigencia de esta Ley, fecha a partir de la cual las relaciones contractuales se sujetarán a lo previsto en el presente cuerpo legal, sea para la suscripción de nuevos contratos o la renovación automática de los suscritos con anterioridad, salvo que para lo segundo, el usuario o asegurado previa notificación con los nuevos documentos contractuales manifieste por escrito su voluntad de darlo por terminado, en los plazos previstos en la Ley.

DISPOSICIÓN REFORMATORIA

Única.- En la Ley Orgánica de Salud, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, Ley Orgánica de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células; Ley Orgánica de Discapacidades; Ley Orgánica de Defensa del Consumidor; Ley de Seguridad Social y otros cuerpos legales en los que consten las denominaciones en su orden de: "empresas privadas de salud y medicina prepagada"; "entidades de medicina prepagada"; "compañías de salud y/o medicina prepagada"; "medicina prepagada"; "empresas de

medicina prepagada"; y otras que se refieran a servicios de medicina prepagada, sustitúyanse por la de: "compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada".

DISPOSICIÓN DEROGATORIA

Única.- Derógase la Ley que regula el funcionamiento de las empresas privadas de salud y medicina prepagada, publicada en el Registro Oficial No. 12, de 26 de agosto de 1998, y todas sus reformas posteriores.

DISPOSICIÓN FINAL

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

Dado y suscrito en la Sede de la Asamblea Nacional, ubicada en el Distrito Metropolitano de Quito, a los doce días del mes de octubre del dos mil dieciséis.

FUENTES DE LA PRESENTE EDICIÓN 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

1.- 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 (Suplemento del Registro Oficial 863, 17-X-2016).