OFICIO-AS-ORO-18-075

Quito, 04 de Septiembre del 2018.

Economista
Elizabeth Cabezas
Presidenta Asamblea Nacional del Ecuador

De mi consideración.

Mediante la presente y de conformidad con el Art. 134 numeral 1 de la Constitución de la República del Ecuador, en concordancia con los Art. 54 numeral 1 y Art. 55 de la Ley Orgánica de la Función Legislativa, me permito remitir el PROYECTO DE LEY REFORMATORIO AL 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, a fin que se dé el trámite legal y correspondiente.

Agradeciendo de antemano la ayuda prestada a la presente. Me suscribo de usted.

Atentamente,

Ab. Rosa Gina Orellana Román
Asambleísta por la Provincia de El Oro
EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

En el Ecuador existe un grupo de la sociedad altamente vulnerable que necesita de la protección del Estado. Lamentablemente existen enfermedades que por sus características son catalogadas como catastróficas, raras o huérfanas.

Las enfermedades catastróficas son aquellas patologías de curso crónico que supone alto riesgo, *cuyo tratamiento es de alto costo, económico e impacto social* y que por ser de carácter prolongado o permanente pueda ser susceptible de programación. 1 (El énfasis me pertenece). Las características de este tipo de enfermedades y que son catalogadas como catastróficas es que implican un riesgo alto para la vida; que son crónicas y por lo tanto que su atención debe ser emergente; que el valor promedio de su tratamiento mensual es mayor al valor de una canasta familiar vital, y que su tratamiento o intervención no puedan ser cubiertos, total o parcialmente, en los hospitales públicos o en otras instituciones del Estado Ecuatoriano, lo cual definirá el Ministerio de Salud Pública.

Por otro lado, las enfermedades raras son aquellas que se consideran potencialmente mortales o debilitantes a largo plazo, de baja prevalencia y alta complejidad, constituyen un conjunto amplio y varado de trastornos que se caracterizan por ser crónicos y discapacitantes. *Sus recursos terapéuticos son limitados y de alto costo*, algunos se encuentran en etapa experimental. 2 (El énfasis me pertenece). Son consideradas también raras porque esta patología se presenta en una por cada 10.000 personas. Y son ultra raras cuando la prevalencia es menor a una por cada 50.000 personas. Las características de este tipo de enfermedad es que son generalmente de origen genético, crónicas, progresivas, degenerativo con una *elevada morbi-mortalidad* alto grado de discapacidad física, mental, conductual y sensorial, que puede comprometer la autonomía de los pacientes. De gran complejidad, diagnóstica, pronóstica y terapéutica; y que requieren un tratamiento permanente, seguimiento e intervención multi e interdisciplinarias. 3

---

1 ACUERDO MINISTERIAL No. 00001829 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Obtenido en: http://www.phplaw.com/descargas/18290001\acuerdo_ministerial_listado\20enfermedades\20raras\%20y\%20catastróficas.pdf
2 Ibídem.
3 Ibídem.
Según Ministerio de Salud, las enfermedades catastróficas definidas por esta entidad gubernamental son:

1. Todo tipo de malformaciones congénitas de corazón y todo tipo de valvulopatías cardiacas.
2. Todo tipo de cáncer.
3. Tumor cerebral en cualquier estadio y de cualquier tipo.
4. Insuficiencia renal crónica.
5. Trasplante de órganos: riñón, hígado, médula ósea.
7. Malformaciones arterio venosas cerebrales.
8. Síndrome de Klippel Trenaunay.

Mientras que las enfermedades raras llegan a un número de 106 reconocidas en el Ecuador por parte del Ministerio de Salud Pública. El costo del tratamiento para este tipo de enfermedades es muy costoso, por lo que el seguro social y el seguro privado es una alternativa para acceder al tratamiento. En Ecuador, las enfermedades catastróficas, huérfanas y raras son la primera causa de mortalidad. Según la Organización Mundial de la Salud, en el 2008 se detectaron 35 millos de muertes en el mundo a causa de una enfermedad crónica. Para el periodo comprendido en los años 2013-2015 los datos del INEC afirman que en el país hubo registros de 251 ingresos a los diferentes hospitales por tumores malignos.

En el Ecuador, existen dos alternativas como contingentes en caso de padecer una enfermedad, estas son el seguro público a través del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y el seguro privado de asistencia médica. El seguro público no atraviesa una de sus mejores épocas, pues se ha comprobado la escasez de medicinas y la calidad de atención en las mismas. Por otro lado y en la figura del seguro privado, existe una traba para personas con este tipo de enfermedad y es el tope máximo que el seguro privado estaría dispuesto a cubrir. Esta limitación es dada por la 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, en donde su art. 34 hace
referencia a que en caso de preexistencia de una enfermedad, los contratos individuales que suscriban las compañías que financien servicios de atención integral de salud propagada, 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 periodo 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 periodo de carencia reducido, en virtud del acuerdo libre y voluntario de las partes. En otras palabras los seguros privados en caso de una preexistencia cubre un monto total de 7.720 dólares americanos.

Haciendo una reflexión podemos darnos cuenta que en un contrato de seguros con un tope de 80.000 dólares al año, si al suscribir dicho contrato con una patología de esclerosis múltiple el seguro solamente cubrirá un total de 7.720 dólares americanos. Lo que sería totalmente ilógico, pues este tipo de enfermedades son costosas, pues generarían un valor mensual de 3.500 dólares en el tratamiento. En este punto se estaría discriminando a una persona con discapacidad, pues al tener esta patología no accede al seguro establecido en el contrato es decir, a los 80.000 dólares por año. Cabe mencionar que tanto como el seguro público al no brindar el tratamiento adecuado en el tiempo que corresponde y el seguro privado al limitar su cobertura, violan y restringen el derecho de una persona enferma. Trasgreden los mandatos constitucionales establecidos en el Art. 3 de la Constitución ya que no garantiza y discrimina el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales en particular la salud, y la seguridad social para sus habitantes.

En su 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. Así como también 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. Por último en 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.
Por tal motivo es necesario que exista un contingente adecuado para brindar una vida digna a personas que viven con estas enfermedades, que no tienen cura y que su cuadro empeora con el transcurso del tiempo, pues es una obligación del Estado y de los seguros privados no menoscabar los derechos de las personas con enfermedades catastróficas, raras o huérfanas.
PROYECTO DE LEY REFORMATORIO A 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

Considerandos:

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 la Asamblea Nacional de acuerdo con el artículo 84 de la Constitución, tiene la obligación de adecuar, formal y materialmente, las leyes y demás normas jurídicas a los derechos previstos en la Constitución e instrumentos internacionales;

Que el artículo 120 en su numeral 6 determina que La Asamblea Nacional tendrá las siguientes atribuciones y deberes, además de las que determine la ley: Expedir, codificar, reformar y derogar las leyes, e interpretarlas con carácter generalmente obligatorio.

Que de conformidad con el Art. 134 numeral 1 de la Constitución de la República del Ecuador, la iniciativa para presentar proyectos de ley corresponde a las asambleístas y los asambleístas, con el apoyo de una bancada legislativa o de al menos el cinco por ciento de los miembros de la Asamblea Nacional.
En ejercicio de sus atribuciones constitucionales y legales expide el siguiente

PROYECTO DE LEY REFORMATORIO A 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

Art. 1.- En el Art. 34 después del tercer inciso, agregar como inciso lo siguiente:

“En el caso de una enfermedad catastrófica, rara o huérfana preexistente debidamente declarada, recibirán obligatoriamente cobertura por un monto total de hasta el 50 % del total de su cobertura fijada en el contrato, dicha cobertura aplicará después de un período de carencia de veinticuatro (24) meses, contado a partir de la fecha de suscripción del respectivo contrato. Por ningún motivo esta cobertura podrá ser inferior a 20 salarios básicos unificados del trabajador en general”

Debiendo quedar de la siguiente manera:

Artículo 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.

En el caso de una enfermedad catastrófica, rara o huérfana preexistente debidamente declarada, recibirán obligatoriamente cobertura por un monto total de hasta el 50 % del total de su cobertura fijada en el contrato, dicha cobertura aplicará después de un período de carencia de veinticuatro (24) meses, contado a partir de la fecha de suscripción del respectivo contrato. Por ningún motivo esta cobertura podrá ser inferior a 20 salarios básicos unificados del trabajador en general.

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 los contratos 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 compañía 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.
FIRMANAS RESPALDO AL PROYECTO REFORMATORIO A 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>NOMBRE</th>
<th>FIRMA</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Jhon Vargas</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Diego García</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Michel Davit</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Pedro Peña</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Enmanuel Duchi</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Teresa Benavides Z.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Noralma Zambrano</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<p>| | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>