

**AGENCIA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE
SALUD Y MEDICINA PREPAGADA – ACESS**

RESOLUCIÓN No. ACESS-2021-0037

**DR. ROBERTO CARLOS PONCE PÉREZ
DIRECTOR EJECUTIVO**

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 artículo 32, de la norma suprema establece: *"La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. (...) 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 Carta Magna prescribe: *"Las personas tienen derecho 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.-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 norma ibídem establece: *"El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional 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 de la República determina: *"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 norma suprema establece: *“El sistema garantizará, 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; articulará los diferentes niveles de atención (...)”*.

Que, el artículo 362 de la Constitución de la República establece: *“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, el artículo 183, de la Ley Orgánica de Salud, determina que: *“El contrato de prestación de servicios de medicina prepagada debe ser aprobado por la autoridad sanitaria nacional.-Es obligación de las empresas de medicina prepagada obtener dicha aprobación y hacerla constar en el contrato respectivo”*.

Que, la Disposición General Primera, de la Ley Orgánica de Salud, establece que: *“Los servicios de control, inspecciones, autorizaciones, permisos, licencias, registros y otros de similar naturaleza que preste la autoridad sanitaria nacional, satisfarán el pago de derechos de conformidad con los reglamentos respectivos”*.

Que, el artículo 18 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, establece: *“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”*.

Que, el artículo 27 de la Ley Ibídem, dispone que las condiciones de carácter sanitario de los contratos de prestación de servicios de atención integral de salud prepagada deberán ceñir su contenido a dicha Ley, a la Ley Orgánica de Salud, reglamentos y más normativa expedida por la Autoridad Sanitaria Nacional, correspondiéndole a dicha Autoridad definir las condiciones de carácter sanitario de los referidos contratos;

Que, el artículo 47 la mencionada ley señala: *"La Autoridad Sanitaria Nacional, ejercerá competencia para determinar y sancionar, las faltas administrativas en materia sanitaria previstas en el numeral I 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."*;

Que, el numeral 2 del artículo 5 del Reglamento 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, establece: *"(...) 1.- Certificación de cumplimiento de lineamientos de planes sanitarios para los planes y programas a ofertarse, emitida por la Autoridad Sanitaria nacional. (...)";*

Que, el artículo 130 del Código Orgánico Administrativo establece: *"Las máximas autoridades administrativas tienen competencia normativa de carácter administrativo únicamente para regular los asuntos internos del órgano a su cargo, salvo los casos en los que la ley prevea esta competencia para la máxima autoridad legislativa de una administración pública.- La competencia regulatoria de las actuaciones de las personas debe estar expresamente atribuida en la ley"*.

Que, el artículo 140, del mismo Código, prevé: *"(...) La administración pública especificará los requisitos que deben ser enmendados por la persona interesada con la indicación de su fundamento legal, técnico o económico y las instrucciones detalladas del modo en que debe proceder para subsanar las deficiencias. - Si la persona interesada no cumple lo dispuesto por la administración pública se entenderá como desistimiento y será declarado en la resolución. - La administración pública no podrá disponer el archivo del procedimiento o la restitución de la petición a la persona interesada sin haber dispuesto la subsanación. Su omisión constituye una falta grave del servidor público y no suspende el procedimiento administrativo para todos los propósitos previstos en este Código"*.

Que, el artículo 212, del referido cuerpo legal, dispone: *"Las administraciones públicas declararán la terminación del procedimiento por abandono, ordenando el archivo de las actuaciones, en los procedimientos iniciados por solicitud de la persona interesada, cuando esta deje de impulsarlo por dos meses, a excepción de los casos en que las administraciones públicas tengan pronunciamientos pendientes o por el estado del procedimiento no sea necesario el"*

impulso de la persona interesada.- El impulso puede efectuarse por correo electrónico, debiendo las administraciones públicas otorgar los medios, sistemas o facilidades pertinentes.- No operará el abandono cuando haya resolución en firme en la ejecución”.

Que, el artículo 3 del Decreto Ejecutivo No. 703, publicado en el Suplemento del Registro Oficial 534, de 01 de julio de 2015, determina: “1. *Controlar la aplicación y observancia de las políticas del Sistema Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, que expida el Ministerio de Salud Pública;* 2. *Expedir la normativa técnica, estándares y protocolos, orientados a asegurar la calidad de la atención, la seguridad del paciente y la mejora continua de la prestación de los servicios de salud, en el ámbito de su competencia;* (...) 8. *Aprobar los planes y programas de las empresas privadas de salud y medicina prepagada, y controlar su aplicación;* (...) 10. *Recaudar los valores correspondientes por los servicios prestados por la Agencia, de conformidad con las resoluciones que para el efecto se emitan;* (...) 12.- *Aplicar las medidas y sanciones que correspondan en los casos de incumplimiento de la normativa de control y vigilancia sanitaria, en relación a la calidad de los servicios de salud y de acuerdo con la Ley Orgánica de Salud. (...)*”;

Que, el Ministerio de Salud mediante Acuerdo Ministerial 0068-2017, publicado en el Registro Oficial, de fecha 14 de junio de 2017, expidió los "Lineamientos para la Aprobación de las Condiciones Sanitarias en Contratos que Oferten las Compañías que Financien Atención Integral de Salud Prepagada y las de Seguros que Ofertan Cobertura de Seguros de Asistencia Médica", y en su artículo 9, señala: “ *La Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada podrá solicitar a las compañías la información necesaria para la verificación de lo señalado en los presentes lineamientos*”.

Que, mediante Memorando No. ACESS-DTCFSSPAAM-2019-0093-M, de fecha 21 de noviembre de 2019, la Gestión Técnica de Compañías de Salud y Asistencia Médica, emitió un informe de justificación técnica, para regular el procedimiento el análisis técnico y aprobación de las condiciones sanitarias en contratos, planes/programas y anexos de las compañías que financien atención integral de salud prepagada y las de seguros que ofertan cobertura de seguros de asistencia médica, a fin de optimizar dicho proceso.

Que, mediante Acción de Personal ACESS-TH-2020-0217, de fecha 21 de junio de 2021, se nombró al Dr. Roberto Carlos Ponce Pérez, como Director Ejecutivo de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada –ACESS.

Que, mediante informe técnico Nro. EMPYSAM-2021-015-MP, de 31 de agosto de 2021, emitido por la Gestión Técnica de Compañías de Salud y Asistencia Médica; y, la Unidad de Planificación y Gestión Estratégica de ACESS, se presenta la “*Propuesta de simplificación de trámites en el Proceso de Certificación de Condiciones Sanitarias 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*”.

De conformidad a las atribuciones contempladas en el artículo 3, del Decreto Ejecutivo No. 703, publicado en Registro Oficial Suplemento Nro. 534, de 01 de julio de 2015, y en calidad de máxima autoridad de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada - ACCESS-:

RESUELVE:

EXPEDIR LA NORMATIVA TÉCNICA PARA OBTENER LA CERTIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES DE CARÁCTER SANITARIO EN LOS CONTRATOS, PLANES/PROGRAMAS QUE OFERTAN LAS COMPAÑÍAS DE SALUD PREPAGADA Y SEGUROS DE ASISTENCIA MÉDICA.

CAPÍTULO I

Art. 1.- OBJETO: La presente Normativa Técnica tiene por objeto establecer los requisitos y el procedimiento bajo los cuales los planes, programas y contratos que ofertan las Compañías de Salud Prepagada y Seguros de Asistencia Médica, obtendrán la Certificación de cumplimiento de las condiciones de carácter sanitario.

Art. 2.- ÁMBITO DE APLICACIÓN: Las disposiciones contenidas en esta Normativa Técnica son de aplicación nacional, y de cumplimiento obligatorio para todas las Compañías de Salud Prepagada y Seguros de Asistencia Médica radicadas en el país.

CAPÍTULO II

DEFINICIONES

Para la aplicación de esta Normativa Técnica se considerarán las siguientes definiciones:

Certificación del Cumplimiento de las Condiciones de Carácter Sanitario: Certificado que confiere la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada – ACCESS, en cumplimiento de las condiciones sanitarias establecidas en la normativa legal vigente, en los planes, programas y contratos que ofertan las Compañías de Salud Prepagada y Seguros de Asistencia Médica.

Compañías de Salud Prepagada y Seguros de Asistencia Médica: Sociedades constituidas en el territorio nacional y que, en virtud del pago de cotizaciones o aportaciones individuales, otorgan a sus afiliados el financiamiento para el servicio de salud y atención médica en general.

Condiciones de carácter Sanitario: se refiere a todas las coberturas sanitarias establecidas en la normativa legal vigente como hospitalización, ambulatorio, preventivo, enfermedad, cirugía, maternidad, entre otros.

Contrato.- Se referirá tanto a pólizas de asistencia médica como a contratos que financien salud prepagada.

Planes/ Programas.- Se refiere a las diversas coberturas de asistencia médica que contempla el contrato o póliza.

Prestadores de servicios de salud: Personal de salud y establecimientos de salud, públicos, privados, con o sin fines de lucro, autónomos y comunitarios, compañías que ofrecen seguros de salud, y compañías de salud y medicina prepagada.

CAPÍTULO III

GENERALIDADES RESPECTO DE LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES DE CARÁCTER SANITARIO

Art 3.- La Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada - ACESS emitirá el Certificado de cumplimiento de las condiciones de carácter sanitario a las Compañías de Salud Prepagada y Seguros de Asistencia Médica, que cumplan con lo establecido en la normativa emitida por la Autoridad Sanitaria Nacional y la presente normativa técnica.

Art 4.- El Certificado otorgado a las Compañías de Salud Prepagada y Seguros de Asistencia Médica tendrá una vigencia de cuatro (4) años, contados a partir de la fecha de emisión.

Art 5.- El Certificado de cumplimiento de las condiciones de carácter sanitario que se entregue a las Compañías de Salud Prepagada y Seguros de Asistencia Médica, contendrá la siguiente información:

- a) Código alfanumérico, asignado por la ACESS a las Compañías de Salud Prepagada y Seguros de Asistencia Médica;
- b) Número de Certificado;
- c) Razón Social de la Compañía de Salud Prepagada y Seguros de Asistencia Médica;
- d) Número del Registro Único de Contribuyentes, RUC;
- e) Número de oficio de aprobación del (os) contrato (s), del o (los) planes/programas, y anexos;
- f) Fecha de expedición y vencimiento del certificado; y,

- g) Nombre y firma de la Máxima Autoridad de la ACESS.

CAPÍTULO IV

DE LOS REQUISITOS PARA OBTENER LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES DE CARÁCTER SANITARIO.

Art. 6.- Para la obtención del Certificado de cumplimiento de las condiciones de carácter sanitario, las Compañías de Salud Prepagada y Seguros de Asistencia Médica debe emitir a la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada - ACESS, una solicitud, en el formato establecido para el efecto, debidamente suscrita por el (la) representante legal de la misma, a la que se adjuntará lo siguientes requisitos:

- a) Contrato(s), en formato Word, acorde a la estructura y formato establecida en el Anexo 1 de la presente Resolución;
- b) Plan(es) / programa(s) (tabla de cobertura) en formato Excel, acorde a la estructura y formato establecida en el Anexo 2 de esta Resolución;
- c) Anexos (todos los documentos adicionales y opcionales que describan condiciones sanitarias que la Compañía de Salud Prepagada y Seguro de Asistencia Médica considere necesarios), en formatos editables;
- d) Lista del(los) plan(es), describiendo el tipo con su(s) respectivo(s) nombre(s), en formato Excel, acorde a la estructura y formato establecida en el Anexo 3 de esta misma Resolución;
- e) Notas técnicas elaboradas de conformidad con la normativa vigente, en formato pdf y,
- f) Solicitudes y formularios mínimos para el registro del material de suscripción que incluirá la documentación necesaria para la implementación del contrato o póliza, en formato pdf.

DEL PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES DE CARÁCTER SANITARIO.

Art. 7.- La solicitud debe ser ingresada a través del sistema creado para el efecto; en caso que la solicitud no cuente con la firma electrónica, ésta debe ser entregada en físico en la oficina principal de ACESS, Planta Central, ubicada en la ciudad de Quito.

Art. 8.- Los requisitos establecidos en el artículo 6, de la presente Normativa Técnica, debe ser ingresados únicamente a través del sistema creado para el efecto.

Art. 9.- La ACESS realizará el análisis técnico de cada uno de los contratos, planes/programas y anexos que contengan Condiciones Sanitarias, ingresados por las Compañías de Salud Prepagada y Seguros de Asistencia Médica, para verificar el cumplimiento de las condiciones sanitarias determinadas en la normativa aplicable.

Art.- 10.- Si los contratos, planes/programas y anexos cumplen con la normativa aplicable, la ACESS asignará los respectivos códigos alfanuméricos, otorgará el Certificado de cumplimiento de las condiciones sanitarias, lo cual será enviado a la Superintendencia de Compañías Valores y Seguros y a las Compañías de Salud Prepagada y Seguros de Asistencia Médica a través del Sistema de Gestión Documental Quipux.

Art.11.- De existir observaciones en los requisitos, contratos, planes/programas y anexos, la ACESS remitirá a las Compañías de Salud Prepagada y Seguros de Asistencia Médica, mediante el sistema de Gestión Documental Quipux, el Informe Técnico que contendrá observaciones de carácter sanitario.

Art. 12.- Las Compañías de Salud Prepagada y Seguros de Asistencia Médica deberán ingresar la subsanación a la (s) observación (es), en el término de 10 (diez) días, contados a partir de la notificación mediante oficio a través del Sistema de Gestión Documental Quipux.

En el caso de que las Compañías de Salud Prepagada y Seguros de Asistencia Médica no ingresen la subsanación en el tiempo establecido en el inciso anterior, el trámite será negado y archivado.

Art. 13.- Si la subsanación ingresada no solventa correctamente las observaciones realizadas, la Agencia, conforme lo señalado en el inciso anterior, el trámite será negado y archivado.

Art.- 14.- Las Compañías de Salud Prepagada y Seguros de Asistencia Médica cuyos trámites hayan sido negados y archivados, de requerir un nuevo trámite, deberá realizar el proceso desde lo señalado en el artículo 6, de la presente normativa técnica.

Art.- 15.- Las Compañías de Salud Prepagada y Seguros de Asistencia Médica cuyos trámites han sido aprobados; en el proceso de renovación, deberán ingresar la solicitud y acta de compromiso establecida, firmada por el Representante Legal donde señale su renovación y que no existen cambios en la documentación aprobada.

Art.- 16.- La ACESS renovará y otorgará el Certificado de cumplimiento de las condiciones sanitarias con la nueva vigencia, lo cual será enviado a la Superintendencia de Compañías Valores y Seguros; y, a las Compañías de Salud Prepagada y Seguros de Asistencia Médica a través del Sistema de Gestión Documental Quipux.

Art.- 17.- La ACESS realizará control post aleatoriamente de las renovaciones del Certificado de cumplimiento de las condiciones sanitarias de los contratos, planes/programas y anexos

aprobados por la Agencia; de existir modificación en los documentos aprobados, la Agencia suspenderá o cancelará la certificación entregada al prestador del servicio y pondrá en conocimiento de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.

Art.- 18.- Las Compañías de Salud Prepagada y Seguros de Asistencia Médica en caso de requerir cambios en los contratos, planes/programas y anexos aprobados por la Agencia, deben ingresar como un nuevo trámite, deberá realizar el proceso desde lo señalado en el artículo 6, de la presente normativa técnica.

Art.- 19.- Las Compañías de Salud Prepagada y Seguros de Asistencia Médica, en caso de no comercializar los contratos, planes/programas y anexos aprobados por la Agencia, deberán reportar el particular a la Agencia.

DISPOSICIONES GENERALES

PRIMERA: La ACESS mantendrá actualizada y publicada en su página web la base de datos de las Compañías de Salud Prepagada y Seguros de Asistencia Médica que obtuvieron el Certificado de Carácter Sanitario.

SEGUNDA: Con el fin de optimizar el proceso de análisis técnico para la emisión de un nuevo Certificado vigente en el proceso de renovación, las Compañías de Salud Prepagada y Seguros de Asistencia Médica que cuenten con un Certificado de cumplimiento de las condiciones de carácter sanitario deberán ingresar a la ACESS lo establecido en el artículo 15, de esta normativa técnica, con al menos 15 días anteriores a la caducidad de dicho Certificado.

TERCERA: La ACESS, dentro de sus competencias y atribuciones, en el marco del proceso de control post a las Compañías de Salud Prepagada y Seguros de Asistencia Médica, realizará la verificación in situ o por requerimiento de la Agencia, de los contratos, planes/programas y anexos que comercializan las Compañías de Salud Prepagada y Seguros de Asistencia Médica, a nivel nacional.

CUARTA: La Agencia de Aseguramiento de la Calidad de Servicios de Salud y Medicina Prepagada – ACESS, procederá a cancelar o suspender el Certificado de condiciones de carácter sanitario a las Compañías de Salud Prepagada y Seguros de Asistencia Médica que, durante la vigencia del Certificado emitido por la ACESS, incumpla con las condiciones de carácter sanitario aprobadas en los contratos, planes/programas y anexos, acorde al procedimiento que se establezca para el efecto.

QUINTA: En el caso de que la ACESS proceda conforme el artículo 13, de la presente normativa técnica, notificará a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, la negación y archivo del trámite por parte de las Compañías de Salud Prepagada y Seguros de Asistencia Médica; así también, notificará cuando la Agencia cancele o suspenda el Certificado de cumplimiento de las condiciones de carácter sanitario.

SEXTA: En el caso de que las disposiciones de la presente normativa no guarden armonía con el ordenamiento jurídico que rige la materia, prevalecerán las normas de mayor jerarquía.

SÉPTIMA – Para la renovación del Certificado de cumplimiento de las condiciones de carácter sanitario de las Compañías de Salud Prepagada y Seguros de Asistencia Médica que certificaron antes de la expedición de la Resolución ACESS-2019-0027, de 16 de diciembre de 2019, deben presentar la documentación conforme a lo establecido en el art. 6 de la presente norma.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

PRIMERA: Todos los contratos, planes/programas y anexos que fueron ingresados a la ACESS para la aprobación de las Condiciones Sanitarias en fecha anterior a la vigencia de la presente normativa técnica, serán revisados y analizados, con opción a ser observados por una sola ocasión; de no subsanar adecuadamente las observaciones, deberá ingresar el trámite conforme lo determinado en la presente normativa técnica.

SEGUNDA. - Para el caso de los contratos, planes/programas y anexos que fueron observados antes de la emisión de la presente normativa técnica, podrán ingresar las subsanaciones conforme lo determinado en el presente documento normativo.

DISPOSICIÓN FINAL

De la ejecución de la presente Resolución que entrará en vigencia sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a la Dirección Técnica de Compañías de Salud y Asistencia Médica y a la Dirección de Procesos Sancionatorios.

Dado en Quito, a los 01 día del mes de septiembre de 2021

Dr. Roberto Carlos Ponce Pérez
DIRECTOR EJECUTIVO
AGENCIA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE
LOS SERVICIOS DE SALUD Y MEDICINA PREPAGADA –ACESS

ANEXO 1. (FORMATO DE ESTRUCTURA DEL CONTRATO)

PRESTACIONES DE CARÁCTER SANITARIO

El contrato incluye condiciones de carácter sanitario y condiciones contractuales, en función de la cobertura que establezca la Compañía de Salud Prepagada y Seguros de Asistencia Médica, ACESS verificará únicamente el cumplimiento de las condiciones de carácter sanitario.

<u>PRESTACIONES DE CARÁCTER SANITARIO</u>
Nombre del contrato
Tipo de contrato
Modalidades
Detalle de las Exclusiones Generales
Prohibiciones a las Exclusiones (Lineamientos Anexo 4)
Definiciones/concepto de los términos utilizados en contrato
Tarifario
Períodos de carencia
Reembolsos: Documentos necesarios.
Atención ambulatoria (medicina comercial, genérica)
Atención pre hospitalaria (medicina comercial, genérica)
Atención hospitalaria (medicina comercial, genérica)
Emergencia y Urgencia
Consultas y medicina convencional, ancestral y alternativa
Preexistencias
Maternidad
Maternidad en período de carencia: Inclusión intra-útero
Recién Nacido
Discapacidad
CLAUSULAS CONTRACTUALES OBLIGATORIAS
Enfermedades crónicas catastróficas posteriores a la contratación sobrevivientes).
Atención de emergencia médica.
Tarifa cero.
Otros que determine la Autoridad Sanitaria Nacional
OTROS BENEFICIOS (si ofertan cobertura sanitaria)

ANEXO 2. (Formato de estructura de Tabla de Coberturas)

El (los) plan(es)/programa (s) deberán contener la siguiente información, en función de la cobertura que establezca la Compañía de Salud Prepagada y Seguros de Asistencia Médica.

Si el plan es modalidad mixta aplicar la siguiente tabla. Si el plan es aplicable a red abierta, eliminar la columna que indica Red Cerrada; Si el plan es aplicable a red cerrada eliminar la columna que indica red abierta.

TABLA DE COBERTURAS

NOMBRE DEL PLAN:	
TIPO DE PLAN:	
ÁMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA:	Ecuador / Latinoamérica / Mundial
MODALIDAD:	
MONTO MÁXIMO DE COBERTURA:	(por incapacidad o individual)
TIPO DE DEDUCIBLE:	(por incapacidad o individual)
VALOR DE DEDUCIBLE:	
NOMBRE DEL TARIFARIO APLICABLE:	

PRESTACIONES SANITARIAS	COPAG O	(SUB)LÍMITES DE COBERTURA (en cantidad y valor a ser cubierto)	PERIODO DE CARENCIA	COPAG O	(SUB)LÍMITES DE COBERTURA (en cantidad y valor a ser cubierto)	PERIODO DE CARENCIA
COBERTURA HOSPITALARIA	RED ABIERTA			RED CERRADA		
Atención hospitalaria						
Habitación y alimentación						
Habitación y alimentación, acompañante menor de 16 y mayor de 75 años						
Cuidados intensivos						
Honorarios Médicos:						
Cirujano principal 100% (acorde a tabla honorarios)						
Anestesiólogo __%						
Ayudante __%						
Cirugía reconstructiva						
Medicinas e insumos						

COBERTURA AMBULATORIA						
Atención ambulatoria						
Consulta médica						
Terapias (física, respiratoria, lenguaje, cardíaca)						
Medicina tradicional, alternativa validada por la Autoridad Sanitaria Nacional						
Medicamentos de marca						
Medicamentos genéricos						
Urgencia						
Diálisis y hemodiálisis						

COBERTURA DE MATERNIDAD						
Atención de embarazos y sus complicaciones de manera integral para la madre y el recién nacido						
Si el embarazo se produjere durante el período de carencia, cobertura con tarifa cero						

COBERTURA AL RECIEN NACIDO (R.N.)						
Atención del R.N. * Atención al R.N. * que padezca de patologías congénitas, genéticas o hereditarias						
Inclusión intraútero en maternidad cubierta						
Inclusión intraútero en período de carencia						

COBERTURAS OBLIGATORIAS						
Atención a enfermedades crónicas y catastróficas sobrevivientes						
Emergencias						
Tarifa cero						

Otras que determine la Autoridad Sanitaria						
Métodos anticonceptivos temporales						
Métodos anticonceptivos definitivos						
Fórmulas alimenticias						
Cama y alimentación de acompañante						
Problemas de mal nutrición						
Atención para condiciones de salud a consecuencia o por uso de drogas, estupefacientes (...)						
Enfermedades de transmisión sexual						
Tratamientos dentales cuando sean causados por accidente						
PERSONAS CON DISCAPACIDAD **						
Atención hospitalaria, ambulatoria, hospital del día; incluye preexistencia asociadas a las personas con discapacidad.						
PREEXISTENCIAS						
Atención hospitalaria y ambulatoria (incluyendo hospital de día) enfermedades preexistentes						
OTRAS COBERTURAS						
Trasplante de órganos no experimental para el afiliado/asegurado/benefi ciario: esta cobertura corresponde a los procedimientos de pre- trasplante, trasplante y post-trasplante del donante y receptor.						
Atención de enfermedades congénitas, genéticas y						

hereditarias, con cobertura total;						
Atención de enfermedades crónicas, catastróficas, degenerativas y raras, de acuerdo con el plan contratado;						
Ambulancia terrestre, aérea y fluvial						

COBERTURAS ADICIONALES (libre negociación)						
Vacunas						
Extracción de terceros molares						
Medias elásticas						
Muletas, sillas de ruedas						

* El R.N. continuará cubierto siempre que se notifique dentro de los n días luego del nacimiento, en contratos corporativos, en contratos individuales de acuerdo al Lit.c del Art. 9 RLOSPSAM.

** PERSONA CON DISCAPACIDAD acreditada por la autoridad competente.

ANEXO 3. (FORMATO DE LISTA DE PLANES)

Lista de plan (es) / programa (s)

La lista de plan (es) / programa (s) deberá ser remitido en el siguiente formato.

Tipo de plan	Nombre del Contrato/Póliza	Nombre del Plan o Tabla de beneficios	Documentos Obligatorios (Declaración de Salud)	Anexos que contengan condiciones sanitarias
Individual				
Corporativo				
Pool				
Masivo				
Pymes				
Empresarial				
Grupal				

Nota: la información que contenga este formato es aplicable de acuerdo a los productos que oferte la Compañía de Salud Prepagada y Seguro de Asistencia Médica y deberá concordar con la información presentada para Certificación de las Condiciones Sanitarias.