



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES Y
POLÍTICAS**

CARRERA DE DERECHO

TEMA:

**Vacíos normativos en empresas privadas de salud y medicina prepagada
en tiempos de COVID-19.**

AUTOR:

Lomas Rosales, Bruno Tobías

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
Abogado de los Tribunales y Juzgados de la República del Ecuador**

TUTOR:

Benavides Verdesoto, Ricky Jack

Guayaquil, Ecuador

20 de febrero del 2022



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS

CARRERA DE DERECHO

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Lomas Rosales, Bruno Tobías** como requerimiento para la obtención del título de **Abogado de los Tribunales y Juzgados de la República del Ecuador**.

TUTOR

f. _____
Benavides Verdesoto, Ricky Jack

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____
Lynch Fernández, María Isabel, Mgs.

Guayaquil, 20 días del mes de febrero del 2022



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS

CARRERA DE DERECHO

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Lomas Rosales, Bruno Tobías

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: **Vacíos normativos en empresas privadas de salud y medicina prepagada en tiempos de COVID-19**, previo a la obtención del título de **Abogado de los Tribunales y Juzgados de la República del Ecuador**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 20 de febrero del 2022

EL AUTOR

f. _____
Lomas Rosales, Bruno Tobías



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS

CARRERA DE DERECHO

AUTORIZACIÓN

Yo, **Lomas Rosales, Bruno Tobías**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Vacíos normativos en empresas privadas de salud y medicina prepagada en tiempos de COVID-19**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 20 febrero del 2022

EL AUTOR:

f. _____
Lomas Rosales, Bruno Tobías

INFORME DE URKUND

URKUND Abrir sesión

Lista de fuentes Bloques

Documento	Tesis - Bruno Lomas final1.docx (D128142486)
Presentado	2022-02-17 08:37 (-05:00)
Presentado por	rickybenavides@hotmail.com
Recibido	maritza.reynoso.ucsg@analysis.orkund.com
Mensaje	Fwd: Tesis final Bruno Lomas Mostrar el mensaje completo

1% de estas 16 páginas, se componen de texto presente en 2 fuentes.

⊕	Categoría	Enlace/nombre de archivo	⊖
⊕		Padilla Andrés.pdf	⊖
⊕		ERIKA ESPINOZA GRUPO 1 TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.docx	⊖
⊕	Fuentes alternativas		
⊕	Fuentes no usadas		

TUTOR

f. _____

Ricky Jack Benavides Verdesoto

AUTOR

f. _____

Bruno Tobías Lomas Rosales

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por estar conmigo en todo este camino, por sus bendiciones y las fuerzas que me ha dado para cumplir con este sueño.

Agradecimiento a mis padres Cesar Augusto y Piedad del Rosario, pilares y gestores de este logro.

Mis hermanos quienes han estado conmigo en mis altos y bajos, quienes serán mi soporte de vida.

A mis mentores y quienes me dieron la oportunidad de desarrollarme profesionalmente Edgar Méndez y Byron Sotomayor.

DEDICATORIA

Al cielo a mi papá que estoy seguro de su felicidad por este logro.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES Y
POLÍTICAS**

CARRERA DE DERECHO

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____
DR. LEOPOLDO XAVIER ZAVALA EGAS, MGS.
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____
ABG. MARITZA GINETTE REYNOSO GAUTE
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____
DR. ANDRES PATRICIO YCAZA MANTILLA, MGS.
OPONENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Facultad: Jurisprudencia y Ciencias Sociales y Políticas

Carrera: Derecho

Período: UTE B-2021

Fecha: 20 de febrero de 2022

ACTA DE INFORME FINAL

El abajo firmante, docente tutor del Trabajo de Titulación denominado *Vacíos normativos en empresas privadas de salud y medicina prepagada en tiempos de COVID-19*, elaborado por la estudiante **Lomas Rosales Bruno Tobías**, certifica que durante el proceso de acompañamiento dicho estudiante ha obtenido la calificación de **DIEZ (10)**, lo cual la califica como **APTO PARA LA SUSTENTACIÓN**.

f. _____
Benavides Verdesoto Ricky Jack

INDICE

RESUMEN.....	X
CAPITULO I.....	3
Empresas de seguros	3
1.1.1 Marco jurídico de las empresas de seguros	5
1.1.2 Modalidad de contratación de seguros médicos.....	7
1.1.3 Características y elementos del contrato de seguros	8
1.1.4 Empresas de salud prepagada y de asistencia médica	10
1.2 Impacto de la pandemia de COVID-19 en el mercado asegurador	12
CAPITULO II	13
Normativa legal vigente en nuestro ordenamiento jurídico.....	13
2.1.1 Ley que regula las empresas privadas de salud y medicina prepagada.....	13
2.1.2 Reglamento de la Ley compañías de salud prepagada y de asistencia médica.....	15
2.1.3 Acuerdo Ministerial N ° 00126-2020 en el que se declara el Estado de Emergencia sanitaria en todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud	15
2.2 Conflictos entre asegurado y aseguradora	17
2.2.1 Exposición de caso práctico: ¿Vulneración de derechos?	17
CONCLUSIONES.....	20
RECOMENDACIONES	21
BIBLIOGRAFIA	22

RESUMEN

Las empresas de medicina prepagada con el transcurso de los años han adquirido cierta aceptación por parte de la sociedad, clientes contratan estos servicios y productos por diversas afecciones que a corto, mediano o largo plazo podrían causar graves complicaciones, y las cuales podrían significar gastos considerables, toda vez que podrían requerir atenciones médicas personalizadas, estudios médicos, análisis de laboratorio, y cualquier tipo de intervención médica adicional con la finalidad de precautelar la salud.

En Ecuador a inicios del año 2020 se comenzaron a presenciar los efectos del virus en nuestra sociedad, existieron muchas limitaciones y restricciones para diversas actividades, para lo que se emitían Acuerdos Ministeriales cada cierto tiempo, con los que pretendían regular la situación en la que nos encontrábamos y por consecuente evitar la propagación del virus en territorio nacional.

De fecha 12 de marzo de 2020 se realizó la publicación del acuerdo ministerial N ° 00126-2020, emitida por el Ministerio de Salud Pública en la que declara el estado de Emergencia Sanitaria, en la disposición general cuarta prohíbe expresamente a las empresas de seguros de salud privada y a empresas de medicina prepagada que limiten la cobertura para usuarios-pacientes afectados por COVID-19.

El problema jurídico radica en la existencia de una norma de autoridad competente, misma que debe ser de estricta y obligatorio cumplimiento por parte de aquellas compañías que desarrollan esta actividad, sin embargo, las mismas hicieron caso omiso generando grandes y graves perjuicios aquellos pacientes-usuarios que requerían de un tratamiento costoso para sobrevivir. Se considera la existencia de un vacío normativo en nuestra legislación, toda vez que dejó abierta la posibilidad de negar las coberturas hospitalarias a los pacientes-usuarios, esto debido a los términos y condiciones de los contratos en lo que corresponde a los periodos de carencia.

Palabras Claves: Seguros, Empresas Privadas de Salud y Medicina Prepagada, Carencias, Caso Práctico

ABSTRACT

Over the years, prepaid medicine companies have gained certain acceptance by society, clients hire these services and products for various conditions that in the short, medium or long term could cause serious complications, and which could mean considerable expenses, since they may require personalized medical care, medical studies, laboratory tests, and any type of additional medical intervention in order to protect health.

In Ecuador, at the beginning of the year 2020, the effects of the virus in our society began to be witnessed, there were many limitations and restrictions for various activities, for which Ministerial Agreements were issued from time to time, with which they intended to regulate the situation in which we found ourselves and consequently prevent the spread of the virus in the national territory.

On March 12, 2020, Ministerial Agreement No. 00126-2020 was published, issued by the Ministry of Public Health in which it declares the state of Health Emergency, in the fourth general provision expressly prohibits private health insurance companies and prepaid medicine companies from limiting coverage for users-patients affected by COVID-19.

The legal problem lies in the existence of a regulation of competent authority, which must be strictly and compulsorily complied with by those companies that develop this activity, however, they ignored it, generating great and serious damages to those patients-users who required a costly treatment to survive. It is considered the existence of a normative void in our legislation, since it left open the possibility of denying hospital coverage to the patients-users, due to the terms and conditions of the contracts regarding the waiting periods.

Key Words: Insurance, Private Health Companies and Prepaid Medicine, Deficiencies, Case Study

INTRODUCCION

Durante estos últimos años a nivel mundial nos hemos visto afectados por la existencia de un virus denominado como 'SARSCOV2', el mismo que según estudios tuvo su origen en Wuhan y se expandió alrededor del mundo desencadenando en una trágica pandemia, uno de sus principales transmisores es entre seres humanos. El desconocimiento de síntomas y efectos causados por este virus, y por consecuente la falta de medicina en caso de requerirla una parte de la población sufrió graves afectaciones teniendo como resultado nefasto, la muerte.

Las consecuencias de esta pandemia se pudieron evidenciar en diversos ámbitos, tales como: laboral, turístico, comercial, limitación a la libre movilidad, y otros que impedían el desarrollo de las actividades de cada sector económico a nivel nacional, teniendo en consideración que las regulaciones eran progresivamente severas, para lo que con la finalidad de evitar vulneración de derechos se requería un control de constitucional para cada acuerdo ministerial y de esta forma evitar vulnerar derechos de los particulares.

El Derecho mantiene sus principios desde sus orígenes, pero cambiante en sus aportaciones sucesivas, por lo que existe la posibilidad del progreso y desarrollo del Derecho, lo cual se vio reflejado en nuestra legislación para evitar la vulneración de derechos, uno de los ejemplos:

En tema de salud pública los centros de atención públicos no disponían medicinas, insumos y personal para la atención de aquellos pacientes que se vieron afectados por el virus, y no podían seguir tratamiento básico alguno desde casa, por lo que requerían asistencia con ventilación mecánica y otro tratamiento con medicamentos que únicamente podían ser aplicados por profesionales de la salud.

Debido a la declarada situación de emergencia sanitaria en la que nos encontrábamos, los hospitales privados no querían recibir a pacientes con síntomas relacionados al virus previamente mencionado, toda vez que consideraban que requerían de un tratamiento costoso. A pesar de no manifestarlo de forma expresa una de las posibilidades de recibir a un paciente era que tenga un seguro de salud prepagada y de asistencia médica.

CAPITULO I

El problema con respecto a estos seguros radica en los términos y condiciones que los mismos manejan, toda vez que, al momento de contratar el servicio con la finalidad de realizar una contratación ágil, únicamente suscriben una especie de contrato que es un formulario con el mismo texto sin tener en consideración la emergencia sanitaria y sus consecuencias.

Empresas de seguros

En Ecuador adquirió mayor popularidad a partir del año 1979, empresas extranjeras en temas de seguros trajeron consigo la modalidad implementada a nivel mundial, uno de sus principales objetivos era brindar coberturas en casos relacionados a incendios y desastres naturales, sin embargo, su accionar se encontraba limitado debido a la inversión realizada por extranjeros que establecieron sucursales o bajo la modalidad de agentes de seguros.

Al inicio de desarrollo de estas empresas existían tres grandes grupos: seguros de salud y vida, seguros de servicios y seguros contra daños materiales o accidentales, con el transcurso de los años el área de seguros se fue desarrollando en diversos aspectos y sectores económicos, para lo que han implementado mecanismos para aumentar sus coberturas y prestar un mejor servicio aquellos que lo requieran y contraten, teniendo en consideración riesgos, prima, y todo lo pactado en el contrato.

Las empresas de seguros aquellas que tienen como actividad comercial la prestación de un servicio de seguridad, para lo que deberá asumir un riesgo económico el mismo que deberá ser proporcional, teniendo en consideración las unidades de consumo y a su vez de producción. Según el glosario de la Superintendencia de Compañía las define como:

‘Son Compañías Anónimas constituidas en el territorio nacional, las cuales están legalmente autorizadas para asumir riesgos, y que, por el pago de una prima se comprometen a indemnizar al asegurado en caso de siniestros de acuerdo con las condiciones acordadas en la póliza.’ (Superintendencia de Compañías)

Este tipo de empresas aseguradores en lineamiento generales mantienen ciertas características, siendo estas las siguientes:

- A. Con la finalidad de cumplir con su actividad principal que es garantizar un sustento económico en caso de evento desfavorable, deberá realizar una acumulación de ingresos de la forma los contratantes lo pacten.
- B. Puede desarrollarse en cualquier materia de seguros dependiendo de la autorización que disponga órgano regulador, para lo cual únicamente lo podrá realizar una persona jurídica.
- C. Disposición de solvencia y recursos financieros, lo cual deberá encontrarse dentro de los parámetros establecidos por el órgano de control.
- D. Regulación constante por órganos estatales con la finalidad de brindar transparencia y control a los contratantes. (Manes, 2008)

En Ecuador la Superintendencia de Compañías Valores y Seguros desde el 14 de septiembre de 2015, asumió como órgano de vigilancia y control de los seguros privados según lo dispuesto en el Código Orgánico Monetario y Financiero (COMF), en la que se lo autoriza para realizar las siguientes actividades: intervención, control, vigilancia, auditoría y supervisión del régimen de seguros, esta actividad años atrás la realizaba la Superintendencia de Bancos.

El desarrollo en nuestra legislación se realiza debido a la reforma de la Constitución de la República del Ecuador publicada en el Registro Oficial 449 de 20 de octubre de 2008, la misma que registra última fecha de reforma el 25 de enero de 2021. El artículo 312 dispone lo siguiente:

‘Art. 312.-Las instituciones del sistema financiero privado, así como las empresas privadas de comunicación de carácter nacional, sus directores y principales accionistas, no podrán ser titulares, directa ni indirectamente, de acciones y participaciones, en empresas ajenas a la actividad financiera o comunicacional, según el caso. Los respectivos organismos de control serán los encargados de regular esta disposición, de conformidad con el marco constitucional y normativo vigente.’
(Las negritas y cursivas son mías)

La interpretación del artículo transcrito en líneas anteriores es clara, puesto que la misma dispone a que la Superintendencia de Bancos debía desligarse del control y vigilancia de las empresas aseguradoras, esto en virtud de la contraposición entre su funciones y su actividad como órgano de control, para lo cual expidieron una normativa que se encargaba de regular la desinversión de administradores y accionistas mayoritarios de instituciones

financieras debidamente complementada por la entonces vigente Ley General de Instituciones del Sistema Financiero.

Existe una gran diferencia entre los seguros sociales públicos y privados, partiendo desde el punto que el primero tiene un enfoque en el predominio del interés social, el mismo que según Guillermo Cabanellas hace referencia que estos comprenden los riesgos a que se encuentran sometidas ciertas personas, vinculando directamente desde un aspecto laboral, su finalidad de reducir la cantidad de daños, perjuicios y otros acontecimientos, a su mantiene un vínculo entre patrono y trabajador.

El principal responsable de la prestación del Seguro Social a cabalidad es el Estado Ecuatoriano, esto se encuentra debidamente normado y dispuesto en la Constitución de la República de Ecuador, se considera que este seguro social tiene un carácter obligatorio dispuesto en nuestro ordenamiento jurídico, la única condición es que se encuentre bajo relación de dependencia o a su vez debidamente afiliado de forma independiente.

Por el contrario, la contratación de un seguro privado es de carácter **voluntario**, está conformado por un ordenamiento jurídico que regula una relación comercial entre las empresas aseguradoras y aquel interesado en la contratación del seguro o póliza de vida.

1.1.1 **Marco jurídico de las empresas de seguros**

Se considera el ordenamiento jurídico es el conjunto de reglas, principios y valores escritas que forman parte de una sociedad, y cuya finalidad es regular a los ciudadanos en lo que corresponde a garantías de derechos y sus relaciones. Las empresas cuya actividad comercial es la prestación de servicios en materia de seguros y las funciones de su órgano regulador, los lineamientos se encuentran determinados en los siguientes textos normativos:

- La Constitución de la República del Ecuador, esta al ser nuestra Carta Magna tiene una jerarquía superior a cualquier otro texto normativo, por lo que se considera de obligatorio cumplimiento lo dispuesto en el artículo 213, por lo que se puede concluir que es claro el objetivo del artículo, y cuáles serían las actividades generales que deberá cumplir la superintendencia, los cuales serán los encargados de garantizar que se cumpla con lo dispuesto en nuestra legislación, así también son los responsables de establecer lineamientos para cumplir con cada disposición.

- Previo a la publicación en el Registro Oficial del Código Orgánico Monetario y Financiero (COMF), la atribución de control vigilancia y supervisión de las empresas aseguradoras le correspondía a la Superintendencia de Bancos, sin embargo, en la actualidad esta atribución le corresponde a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, los cuales deberán cumplir con cada una de las funciones para las que fue delegada, esto por medio del departamento o área de seguros correspondiente. (Nacional, 2006)
- En el Código Orgánico Monetario y Financiero libro III Ley General de Seguros.

Consta publicado en el Registro Oficial 403 del 23 de noviembre de 2006, y registra última fecha de reforma el 24 de julio de 2018, la cual consta por mandato de Disposición General Décima Octava del Código Orgánico Monetario y Financiero (COMF), la Ley General de Seguros es agregada como Libro III de este cuerpo legal publicado en Registro Oficial Suplemento 332 de 12 de Septiembre del 2014, en la misma se dispone sustituir el nombre de las Superintendencias de Bancos y Seguros a únicamente Superintendencia de Bancos y la designación de su máxima autoridad, así también la Superintendencia de Compañías y Valores paso a denominarse Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.

Las atribuciones que se le otorgan a las Superintendencias tal como se puede evidenciar, se encuentra expresamente en los textos normativos correspondientes, los cuales así mismo tienen carácter sancionador en caso de incumplimiento por parte de los particulares o de las empresas dedicadas a esta actividad comercial.

Conforme consta en nuestro ordenamiento jurídico se puede determinar que las principales funciones de las Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, con respecto a esta materia son las siguientes:

- ✓ Supervisión regular y permanente las actividades de reaseguradoras, peritos, aseguradoras, asesores productores de seguros, e intermediarios de reaseguros, esto se lo realizaría por medio de auditorías in situ y extra situ.
- ✓ Supervisión de accionar de reaseguradoras, peritos, aseguradoras, asesores productores de seguros, e intermediarios de reaseguros, con el fin de asegurar su solvencia patrimonial y rectitud de procedimientos, con la finalidad de salvaguardar los intereses de los usuarios y del régimen.
- ✓ Atender y resolver, reclamos o denuncias que presenten usuarios contra entidades controladas, teniendo en consideración el cumplimiento del debido proceso.

1.1.2 Modalidad de contratación de seguros médicos

En nuestra legislación existen diversos textos normativos que regulan la actividad de prestación de servicios de seguros, uno de ellos es el Código de Comercio el mismo que en su artículo 690, hace referencia que nuestra legislación define al seguro de forma clara y específica, por consecuente es fundamental también interpretar la definición de la palabra clave que es el contrato, para lo cual es necesario remitirse a lo dispuesto en el artículo 1464 del Código Civil Ecuatoriano:

‘Art. 1454.- Contrato o convención es un acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser una o muchas personas.’ (NACIONAL, 2005)

En adición a las definiciones que constan en nuestro ordenamiento jurídico, también es necesario remitirse a lo dispuesto por el órgano de control siendo esta la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, y define el contrato como:

‘Contrato: Negocio jurídico bilateral por el que dos personas o más personas físicas o jurídicas se obligan mutuamente a dar, hacer o no hacer algo, surgiendo entre ellas una relación obligatoria.’

En líneas generales el órgano de control define que el contrato de seguros es el documento o póliza suscrito con una entidad de seguros, en la que se establecen los lineamientos que regulan la relación contractual de aseguramiento entre asegurador y asegurado, en el mismo se especifican derechos y obligaciones entre los intervinientes, el asegurador se obliga mediante cobro de una prima ¹ para que en un supuesto caso que se produzca el evento de riesgo sea objeto de cobertura, por lo que se considera que también este tipo de contrato es oneroso.

De conformidad con lo manifestado en líneas anteriores se puede determinar que el contrato de seguros son de naturaleza mercantil, sin embargo, no se puede afirmar que es a entera voluntad de las partes, toda vez que se considera que existe en este tipo de contratos una relativa limitación a la libertad de configuración interna y esto se debe a que su naturaleza supone una adhesión de una de las partes (asegurado) a cláusulas previamente ya establecidas

¹Es el desembolso que debe realizar el beneficiario de la póliza a la compañía aseguradora. La prima puede distribuirse en una única entrega de dinero o en varias prestaciones y es exigible a partir de la firma del contrato.

por la empresa de seguros, las mismas que han pasado por el análisis y aprobación de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.

El contrato de seguros a pesar de lo indicado en el párrafo anterior se lo considera como un contrato consensual, con respecto a su contenido comprende condiciones generales, especiales y particulares, lo cual como ha sido previamente mencionado es un modelo de contrato creado por la aseguradora y aprobado por la entidad competente, así también forma parte del contrato las cláusulas de carencias y exclusiones, estas suelen variar dependiendo de los rangos contratados por el cliente y los montos máximos de cobertura. (Ruiz, 2001)

1.1.3 Características y elementos del contrato de seguros

La doctrina y varios autores expertos en materia de seguros consideran que el contrato de seguros tiene las siguientes características:

- Oneroso

Toda vez que las partes perciben una utilidad al realizar la protección del bien u objeto que forma parte del contrato de seguros, la compañía de seguros presta el servicio mientras que el asegurado realiza el pago por el servicio contratado.

- Bilateral

Se considera que es un contrato bilateral porque ambos se obligan recíprocamente, el asegurador se obliga a pagar la indemnización en caso de que ocurra el siniestro, mientras que el asegurado a realizar el pago de la prima que corresponda.

- Solemne

El contrato de seguros requiere de documento que den soporte a las relaciones jurídicas entre los intervinientes, esto también presta garantías y seguridad de las cláusulas que contiene el contrato y a lo que deben estar sujetos u obligados las partes.

- De adhesión

Como ha sido mencionado en páginas anteriores, se considera que una de las principales características del contrato de seguros es que es de adhesión puesto que este se encuentra redactado por una de las partes y se lo considera aceptado por el requiere del servicio, es decir se encuentra de acuerdo con las cláusulas del contrato. El contenido del

contrato se encuentra debidamente autorizado por la autoridad competente u órgano regulador de las empresas de seguros. (Stiglitz, 1985)

- Aleatorio

La doctrina considera el contrato de seguros como aleatorio puesto que, al momento de la suscripción de este, no existe la seguridad que el resultado significara ganancias o pérdidas a cada uno de ellos. (Sánchez, 2005)

Los elementos del contrato de seguros de conformidad con lo dispuesto por el Código de Comercio son los siguientes:

- Nombre del asegurador

Corresponde a la denominación de la compañía anónima constituida y legalmente autorizada para asumir riesgos, por el pago de una prima se obligan a indemnizar asegurado en caso de siniestros conforme consten las cláusulas suscritas en el contrato.

- Nombre de solicitante

Se considera solicitante a toda persona natural o jurídica que contrata una póliza de seguros, no siempre el solicitante es el beneficiario de la póliza, toda vez que la parte solicitante puede designar a una tercera persona que sea quien reciba los beneficios según lo suscrito entre las partes.

- Interés asegurable

De conformidad con lo indicado en el glosario de términos de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, es la relación que existe entre el asegurado y lo que se consideraría como objeto asegurado, una persona ya sea natural o jurídica tiene un interés asegurable cuando se favorece de la conservación de un objeto y se perjudica si este sufre daño.

- Prima o precio del seguro

Es la contraprestación económica que recibe el asegurador por parte del asegurado, para la determinación de este valor a pagarse se realiza dependiendo de la previsión con la que la compañía aseguradora pueda realizar pago en caso de siniestro. Una de las cláusulas del contrato de seguros es la terminación del contrato por no pago, el pago de la prima se la debe realizar por el periodo en el que el asegurado se benefició de la cobertura del seguro contratado y conforme consta en el contrato suscrito entre las partes.

- Riesgo asegurable

Se considera riesgo asegurable el mismo que es susceptible de acceder a una cobertura por una póliza de seguros por cumplir determinados requisitos esenciales: económico, cuantificable, licito, fortuito, incierto, posible y concreto.

- Monto asegurado o límite de responsabilidad del asegurador

El monto asegurado es el valor que corresponde a la póliza contratada, corresponde al valor asignado por el asegurador a los bienes que forman parte de la póliza y se lo considera como el máximo de la indemnización a pagar en caso de siniestro, se obtiene el valor con el avalúo o tasación del bien.

- La obligación del asegurador de la forma como se realizaría el pago del seguro

En el contrato que suscriben las partes expresamente se menciona la forma como se realizaría el pago del seguro contratado, en la práctica se realiza un solo pago de forma anticipada.

Nuestra legislación es clara al manifestar que a falta de uno de estos elementos se declarará el contrato de seguros absolutamente nulo, por lo que se requiere que sea del todo específico en cada una de sus partes, sin embargo, este criterio algo contradictorio toda vez que al ser un contrato **‘predeterminado’** debe incluir todas las cláusulas completas, teniendo en consideración que la Superintendencia de Compañías, Valores, y Seguros, verifica y aprueba determinado contrato. Los elementos previamente mencionados pueden ser considerados como elementos objetivos y subjetivos del contrato de seguros.

1.1.4 Empresas de salud prepagada y de asistencia médica

La historia de las empresas de salud prepagada y de asistencia médica a nivel mundial tuvo sus orígenes en Europa, se ofreció como un servicio dirigido a personas de clase social media – baja con la finalidad que estos puedan acceder a pagos mensuales para acceder atenciones médicas de calidad, esto teniendo en consideración que no siempre las atenciones médicas en hospitales públicos son los mejores.

Según la doctrina considera que las empresas de salud prepagada y de asistencia médica tiene una gran parte del seguro de vida, a diferencia del contrato de seguros considera que los seguros de vida se puede denominar que son contratos con determinada especialidad,

esto en virtud que sus principales características difieren de la definición clásica de los seguros con respecto a daños, en lo que como ya ha sido manifestado en líneas anteriores una de sus principales características es la incertidumbre y aleatoriedad con respecto al riesgo sea mayor.

Las empresas de salud prepagada y de asistencia médica como su propio término hace referencia a la existencia del riesgo, en lo concerniente a las relaciones entre la salud y la vida se encuentran en un campo de lo probable y cierto, sin embargo, se considera que los términos contractuales no deben ser diferentes esto en virtud que se encuentra comprendida entre los mismos principios básicos de aquellos que desarrollan actividades de seguros. Adicionalmente a lo manifestado, se puede considerar que uno de los principales objetivos de estos seguros se encuentra relacionado a la vida, a la salud y estabilidad del asegurado, el riesgo de contraer o desarrollar cualquier tipo de enfermedad es incierta e indeterminada. (Carlos Villacres Valencia y Martín Urbano Esparza, S/N)

Un ejemplo claro de lo indicado en el párrafo anterior, es la pandemia a consecuencia del virus SARS-CoV2 misma que causa una enfermedad respiratoria denominada ‘coronavirus’, lo cual surgió de forma inesperada sin prever su ágil y amplia expansión a nivel mundial, era de conocimiento público que las consecuencias de este virus podría traer consigo una serie de complicaciones de salud, mismas que podrían derivar en afectaciones a otro tipo de órganos adicionales al sistema respiratorio, por lo cual los gastos médicos sea por una atención ambulatoria u hospitalaria serían altos para cubrir en tiempos económicamente difíciles a nivel mundial, esto debido a que diversos sectores económicos habían dejado de generar ingresos con normalidad.

Las empresas de salud prepagada y de asistencia médica negaban la cobertura a clientes argumentando que los asegurados se encontraban en periodo de carencia para atenciones ambulatorias u hospitalarias, lo cual depende de lo estipulado en el contrato y suelen variar entre 3-9 meses desde la suscripción entre las partes, sin tener en consideración que las afectaciones causadas por este virus podían considerarse como emergencias médicas, lo cual únicamente tiene un periodo de carencia entre 48 a 72 horas desde la suscripción del contrato entre las partes, para lo se requiere la verificación de lo dispuesto en el contrato suscrito entre las partes.

1.2 Impacto de la pandemia de COVID-19 en el mercado asegurador

El sector asegurador en tiempos de COVID-19 fue uno de los sectores económicos que sufrieron una gran cantidad de variaciones en distintas áreas: comercial, contractual y legal, las cuales dependían únicamente del tipo de contrato que suscribían las partes, al tener un modelo de contrato quedaban sujetos a los mismos términos y condiciones que se manejaban previo a la existencia de la pandemia y posterior a la misma, lo cual es insólito debido a las altas probabilidades que tenían los asegurados de contraer el virus y requerir atenciones médicas costosas.

En Ecuador las empresas de salud prepagada y de asistencia médica pretendieron a través de estrategias de marketing aumentar la cantidad de asegurados, especificando que con la suscripción de este contrato de seguros se encontraban con cobertura en caso de sufrir afectaciones a causa del coronavirus, sin embargo en la práctica no se desarrolló con normalidad debido a que establecieron ciertos parámetros para negar coberturas o realizar la devolución de los gastos médicos mediante reembolso, esto significa que un paciente o sus familiares debían cancelar excesivas cantidades económicas, lo cual en muchos escenarios no disponían del valor total adeudado a las clínicas privadas.

En adición a lo previamente manifestado, los asegurados a pesar de demostrar que eran pacientes positivos para COVID-19 no recibían cobertura por parte de la empresa de seguros, a pesar de tener un resultado positivo en prueba PCR hisopado nasofaríngeo, la cual al inicio de la pandemia su costo superaba los CIEN DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA (US\$ 100,00), en la actualidad debido a las regulaciones realizadas por parte de los órganos de control su costo ha sido reducido. En caso de salir negativo el resultado de la prueba realizada, no se realizaba reembolso del valor cancelado por costo de la prueba.

CAPITULO II

Normativa legal vigente en nuestro ordenamiento jurídico

En nuestro ordenamiento jurídico existen textos normativos que regulan la actividad de las empresas de seguros privados y medicina prepagada, conforme ha sido debidamente explicado previamente existen órganos de control quienes son los responsables de garantizar

2.1.1 Ley que regula las empresas privadas de salud y medicina prepagada

La Asamblea Nacional 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, publicada en el Registro Oficial Suplemento 863 de 17 de octubre de 2016, esto de conformidad con las atribuciones dispuestas en la Constitución de la República de Ecuador y la Ley Orgánica de la Función Legislativa, por lo que debe ser de estricto cumplimiento para los sujetos obligados en la suscripción de un contrato de esta naturaleza.

El objetivo de la ley previamente mencionada es normar la constitución y funcionamiento de las compañías que presten estos servicios, regular, vigilar y controlar la prestación del servicio para garantizar que se cumplan con los derechos de los usuarios, determina la competencia para la aplicación de un régimen sancionador y solución de controversias con lo que se busca evitar la vulneración de derechos fundamentales de los usuarios y de las empresas aseguradoras, teniendo en consideración que esto puede darse por parte de los intervinientes en la suscripción del contrato.

El texto normativo hace referencia a los siguientes principios para la aplicación de la Ley: inclusión, equidad, precaución, legalidad, juridicidad, responsabilidad, participación, entre otros, así también derechos como: a la salud en ámbito presente en la Ley, vida, no discriminación y no estigmatización, debido proceso, atención integral, derechos de los consumidores, con lo que se pretende contemplar cada uno de los aspectos principales que pueda regular una relación jurídica entre los suscriptores del contrato, es una normativa de obligatorio y estricto cumplimiento.

Adicional a lo expuesto en líneas anteriores, se considera al principio de buena fe como uno de los principales y más importantes al momento de contraer obligaciones contractuales,

consta como una de las obligaciones del usuario, presunción que admite prueba en contrario y en caso de producirse y ser reclamado por la vía que corresponda será causal para terminar con el contrato.

El capítulo VI 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 el procedimiento para la sustanciación de reclamos que pueden ser interpuestos por cualquiera de las partes que considere haber sido afectado por incumplimiento de lo dispuesto en el contrato, previo a que cualquiera de las partes pueda ejercer su derecho de acción la ley contempla que se pueda arribar a un acuerdo directo.

Se establece la vía administrativa para que estas controversias sean resueltas por autoridad competente, 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 la Ley previamente mencionada, en caso de requerir un criterio vinculante en casos controvertidos sobre temas sanitarios se solicitará un informe a la Autoridad Sanitaria Nacional, actualmente estas funciones las cumple la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACCESS).

De conformidad con lo dispuesto en el texto normativo previamente mencionado, existen faltas leves, graves y muy graves que podrían incurrir la empresa prestadora del servicio y dependiendo de esto se aplicará la sanción que corresponda, la ley es específica en establecer competencia para la Autoridad Sanitaria Nacional y a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, para que resuelvan dependiendo de sus competencias y atribuciones.

Las faltas leves consisten en la falta de registro actualizado de titulares, beneficiarios, usuarios, dependientes, y asegurados, falta de prestación de información la usuario de forma adecuada, clara, oportuna, completa, concisa y veraz, así también no responder a peticiones realizadas por parte del asegurado dentro los términos correspondientes, estas se podrían considerar como omisiones por parte de la empresa prestadora del servicio, este tipo de faltas acarrear una sanción económica de veinte salarios básicos unificados del trabajador.

Las faltas graves constan taxativas en el texto normativo previamente mencionado y son sancionados con una multa de cuarenta salarios básicos unificados del trabajo, mientras que las faltas muy graves se las considera al incumplimiento a las resoluciones en firme

emitidas en sede administrativa por la Superintendencia de Compañías Valores y Seguros, incumplimiento de las resoluciones y regulaciones que expida el mismo órgano de control y la Junta de Política y Regulación Monetaria y Financiera, así también como no cubrir el financiamiento necesaria para atención de emergencia médica, esto de conformidad con lo dispuesto en nuestra legislación, la sanción de este tipo de faltas es la disolución y liquidación forzosa de las compañías y multa de sesenta salarios básicos unificados del trabajador. (Ecuador P. C., 2016)

2.1.2 Reglamento de la Ley compañías de salud prepagada y de asistencia médica

En nuestro ordenamiento jurídico específicamente en nuestra Carta Magna, la salud es un derecho que debe ser garantizado por el Estado Ecuatoriano por medio de políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales, este tipo de prestaciones se regirán por principios de calidad, eficiencia, equidad, universalidad, solidaridad y otros. En 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, la Disposición Transitoria Primera establece que el Presidente de la República dictará el Reglamento a esta Ley.

El Reglamento a la Ley Compañías de Salud Prepagada y de Asistencia Médica publicado en el Registro Oficial Suplemento 984 de 13 de abril de 2017 mediante Decreto Ejecutivo 1355, el objeto de este reglamento es normar la aplicación de la Ley previamente mencionada, autorización y aprobación de planes y contratos, así también como parámetros generales para realizar reclamos que se generen por atenciones médicas en instituciones en Red Pública y Red Privada, su ámbito de aplicación es para las actividades de las compañías que constan en el artículo 2 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. (Ecuador P. d., 2006)

2.1.3 Acuerdo Ministerial N ° 00126-2020 en el que se declara el Estado de Emergencia sanitaria en todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud

El acuerdo ministerial N ° 00126-2020 declara el estado de emergencia sanitaria en todos los establecimientos de sistema nacional de salud, en los servicios de laboratorios, unidades de epidemiología y control, ambulancias aéreas, servicios médicos y paramédicos, hospitalización y consulta externa por la inminente posibilidad del efecto provocado por el

coronavirus COVID-19, y prevenir un posible contagio masivo en la población, publicada en el Registro Oficial el 12 de marzo del 2020 y misma que se encuentra vigente.

En la disposición general cuarta del acuerdo ministerial dispone lo siguiente:

CUARTA: Se prohíbe expresamente a todas las empresas de seguros de salud privada y a empresas de medicina pre-pagada que limiten la cobertura para la adecuada evaluación, atención y tratamiento al usuario-paciente afectado por el COVID-19.

De conformidad con lo dispuesto por nuestra legislación los acuerdos ministeriales son de estricto y obligatorio cumplimiento, es claro lo previamente transcrito en virtud que todo paciente detectado con el virus del COVID-19 tiene cobertura completa y sin limitaciones, con la finalidad de superar las afecciones causadas por este virus, sin embargo, considero que al no existir sanción alguna ante este incumplimiento muchas empresas de seguros decidieron negar cobertura a los pacientes debido al vacío normativo que existía con respecto a cómo proceder y considerar este tipo de enfermedad.

De una lectura de los textos normativos previamente mencionados en ninguno de ellos hace referencia a los posibles escenarios causados en eventualidades extremas como: pandemias; epidemias; entre otros posibles casos. Para ser específico en este trabajo de tesis, en lo referente a la pandemia de COVID-19 no existía normativa que evite la vulneración de derechos de los usuarios, únicamente el que hace referencia a esto es el contrato suscrito entre las partes, sin embargo, consta en la sección de las exclusiones para brindar cobertura a los usuarios, lo cual al ser un contrato de adhesión exclusivamente beneficia a las empresas de seguros.

Es necesario recalcar que este contrato debidamente aprobado por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros no fue modificado en ninguna de sus cláusulas con la finalidad de precautar los derechos de los ciudadanos, por parte de las autoridades competentes no existió atención alguna para esta actividad, considerando que con lo dispuesto en el acuerdo ministerial las empresas de seguro se obligaban a prestar la cobertura en su totalidad, lo cual no ocurrió en la práctica.

2.2.1 Exposición de caso práctico: ¿Vulneración de derechos?

De fecha 01 de abril del 2020 el señor CALR, ingresó a un prestigiosa clínica en la ciudad de Guayaquil al área de emergencia en el cual se realizaron los exámenes y pruebas médicas, debido a su condición grave y afectación a sus signos vitales se procedió con su ingreso a la clínica hasta encontrar disponibilidad en la Unidad de Cuidados Intensivos, al momento del registro la clínica para realizar el respectivo ingreso solicito los datos del seguro contratado por el mismo, por lo cual procedieron a remitir la respectiva documentación a la compañía de seguros para que se realice la autorización de la cobertura.

Mediante correo electrónico se recibió la notificación por parte de la Dra. Cinthya Zapatier la cual negaba la cobertura hospitalaria por encontrarse dentro del periodo de carencia, basándose en lo dispuesto en la cláusula vigésima del contrato suscrito entre las partes, en las cuales se especifica el tiempo de carencia que tiene cada una de las prestaciones médicas, para lo que debía ser analizada por el departamento correspondiente con los documentos aportados, la póliza y los términos del contrato con la finalidad de dar una respuesta debidamente motivada basándose en la normativa legal vigente en nuestro ordenamiento jurídico, y el reclamo se basaba en los siguientes términos:

a. DEFINICION DE EMERGENCIA MEDICA Y CONTINGENCIA

Según el glosario de la compañía de seguros., define una emergencia médica *‘como toda contingencia de gravedad que afecte a la salud del ser humano con inminente peligro para la conservación de la vida o de la integridad física de la persona, como consecuencia de circunstancias imprevistas e inevitables, independientemente del lugar de su acontecimiento.’* Al ser una definición totalmente explícita y de fácil comprensión, se considera necesario analizar el significado de una contingencia la cual, al no encontrarse el glosario, nos remitiremos al criterio de la Real Academia Española y la cual lo define como; *‘1. f. Posibilidad de que algo suceda o no suceda, 2. f. Cosa que puede suceder o no suceder, 3. f. Riesgo.’* (S.A.)

Por lo que se puede concluir que una emergencia médica consiste en el hecho que puede ocurrir o riesgo, el cual podría generar una afectación de gravedad a la salud del ser humano, en relación a lo ocurrido en el caso expuesto es evidente desde el momento que se realizó el ingreso al área de emergencias de la clínica, tal como constan en los informes médicos sus signos vitales se encontraban afectados, en adición a su afectación respiratoria y pulmonar lo cual hasta la presente fecha le imposibilita salir de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Es necesario manifestar que los médicos al considerar que el paciente se encontraba en una situación de riesgo, por consecuente su integridad física y su vida, se encontraba en riesgo por la insuficiencia respiratoria que presentaba, motivo por el cual el diagnóstico de ingreso fue por **NEUMONIA VIRAL, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA, INFECCION DEBIDA A CORONAVIRUS.**

b. PERIODO DE CARENCIA EMERGENCIA MEDICA

En la cláusula vigésima numeral cuarto del contrato suscrito entre las partes, dispone lo siguiente:

‘Las prestaciones sanitarias a favor de los Usuarios se sujetarán a los siguientes períodos de Carencia:

Carencia para Emergencia Médica: El período de Carencia para Emergencias Médicas es de veinticuatro (24) horas posteriores a la suscripción del Contrato o ingreso del respectivo Beneficiario, si esto ocurriere posteriormente, e incluye accidentes y apendicetomía.

De una simple lectura era evidente que se había cumplido con el periodo de carencia con respecto a la emergencia médica, por lo que la cobertura deberá ser aplicable dentro de la presente petición según lo dispuesto en el contrato y cada una de las cláusulas que forman parte del mismo documento, para lo cual se deberá realizar una interpretación de cada uno de los términos expuestos en líneas anteriores.

c. CLAUSULA DE ATENCION DE EMERGENCIA Y URGENCIA MEDICA

Según la cláusula decima segunda de contrato suscrito entre las partes. hace referencia a la cobertura correspondiente a la atención de emergencia, y en la cual menciona lo siguiente:

‘El Usuario recibirá financiamiento para la atención de Emergencia y Urgencia Médica, teniendo en cuenta las siguientes disposiciones:

‘1. El Financiamiento de atenciones por Emergencias Médicas incluye las Prestaciones Sanitarias hasta el momento de la estabilización del paciente, la realización de procedimientos clínicos o quirúrgicos, la instauración terapéutica y la admisión a la unidad de cuidados intensivos hasta la superación del evento emergente’

Según consta en los informes médicos el paciente se encontraba ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos por su estado de salud, por lo que requería de procedimientos clínicos tales como la conexión al ventilador mecánico y otros, con el único objetivo de poder superar este evento

emergente, sin embargo, esto no fue posible por sus complicaciones médicas falleció el 18 de abril del 2020.

El contrato al cual se hace referencia es un acuerdo de voluntades en el cual la contratante y el beneficiario, en la cual cada uno se obligan según lo estipulado en cada una de estas cláusulas, por lo cual es evidente que el servicio que la clínica se encuentra prestando era fundamental y vital para que el paciente pueda superar este evento emergente, lo cual se sobreentiende que es su estabilidad y recuperación de su salud, sin embargo, esto no fue posible por su deceso.

CONCLUSIONES

- Las empresas de seguros a partir de la publicación en el Registro Oficial de la Constitución de la República de Ecuador, se encuentran bajo el control y supervisión de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.
- Parte del ordenamiento jurídico que regula a las empresas de seguros es la Constitución de la República del Ecuador, Código de Comercio, Código Orgánico Monetario y Financiero libro III Ley General de Seguros, Ley General de Seguros.
- Por falta de elementos previamente expuestos puede declararse nulo de forma absoluta un contrato de seguros, esto sin depender a cuál de las partes beneficiaria la existencia de este.
- Las empresas de seguros de forma irresponsable en tiempo de COVID-19 no realizaron modificaciones al contrato de adhesión que suscriben con los asegurados, de igual forma existe la omisión por parte de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para expedir algún reglamento o normativa que precautele los derechos de los asegurados.
- En nuestro ordenamiento jurídico existe ley y reglamento que regulan a las empresas de salud privada y medicina prepagada.
- Acuerdo Ministerial N ° 00126-2020 declara el estado de emergencia a nivel nacional por COVID-19, dispone a las empresas de seguros no limiten cobertura a sus afiliados detectados positivos mediante prueba, sin embargo, estos niegan cobertura por periodos de carencia hospitalaria.
- Caso práctico que demuestra indebido accionar por parte de las empresas de salud privada y medicina prepagada, se evidencia falta de argumento válido de acorde a lo dispuesto en nuestro ordenamiento jurídico.

RECOMENDACIONES

- Revisión exhaustiva y minuciosa de los contratos de adhesión que suscriben las empresas de salud privada y medicina prepagada, con la finalidad de evitar que se vulneren derechos de los usuarios. En casos de pandemias o sucesos eventuales, modificar los modelos con cláusulas específicas que haga referencia a los periodos de carencia.
- Las empresas de salud privada y medicina prepagada realicen valoraciones médicas previas a la suscripción de contrato, con la finalidad de evitar cualquier omisión en la aplicación de los términos del contrato, coberturas y lo referente a los periodos de carencia.
- Establecer fuertes sanciones económicas e intervenciones a empresas de salud privada y medicina prepagada, en caso de negar la cobertura a usuario o paciente que lo requiera en emergencias médicas y demás intervenciones que hayan causado la muerte del paciente.
- Inclusión en nuestro ordenamiento jurídico texto normativo que regule la relación entre empresa de seguros y usuarios en tiempos de pandemia, o en su defecto se establezca un mecanismo de acceso a la justicia de forma ágil y expedita, esto con la finalidad de acceder a una decisión de alguna autoridad competente a la brevedad posible.

BIBLIOGRAFIA

- Ecuador, P. C. (2016). *Ley que regula compañías de salud prepagada y de asistencia médica*. Quito.
- Ecuador, P. d. (2006). *Reglamento a la Ley General de Seguros*. Quito.
- Manes, A. (2008). *Tratados de seguros*. Madrid: Logos.
- Nacional, C. d. (2005). *Código Civil*. Quito.
- Nacional, C. d. (2006). *Código Orgánico Monetario y Financiero*.
- Ruiz, P. S. (2001). *Contratos de adhesión, Condiciones Contractuales Generales*. Lima: Editorial Temis S.A.
- S.A., S. (s.f.). *Glosario de términos*. Salud S.A.
- Sánchez, F. P. (2005). *Seguros, temas esenciales*. Bogota : Ecoe.
- Stiglitz, G. A. (1985). *Contratos por adhesión, cláusulas abusivas y protección al consumidor*. Buenos Aires: Depalma.
- Superintendencia de Compañías, V. y. (s.f.). *Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros*.
- Villacreses-Valencia, C. A., & Urbano-Esparza, M. A. (2021). Los seguros de medicina prepagada; su naturaleza contractual y un análisis de inconstitucionalidad del nuevo cuerpo normativo que las regula. *UDA Law Review*, 3, 22-31.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Lomas Rosales Bruno Tobías**, con C.C: # **0921938106** autor del trabajo de titulación: **Vacíos normativos en empresas privadas de salud y medicina prepagada en tiempos de COVID-19**, previo a la obtención del título de **Abogado de los Tribunales y Juzgados de la República del Ecuador** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 20 de febrero del 2022

f. _____
Lomas Rosales, Bruno Tobías
C.C: **0921938106**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Vacíos normativos en empresas privadas de salud y medicina prepagada en tiempos de COVID-19.		
AUTOR(ES)	Lomas Rosales Bruno Tobías,		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Benavides Verdesoto Ricky Jack,		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.		
FACULTAD:	Jurisprudencia y Ciencias Sociales y Políticas		
CARRERA:	Derecho		
TÍTULO OBTENIDO:	Abogado de los Tribunales y Juzgados de la República del Ecuador		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	20 de febrero del 2022	No. DE PÁGINAS:	21
ÁREAS TEMÁTICAS:	Derecho de Seguros		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Seguros, Empresas Privadas de Salud y Medicina Prepagada, Carencias, Caso Práctico.		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>Las empresas de medicina prepagada con el transcurso de los años han adquirido cierta aceptación por parte de la sociedad, clientes contratan estos servicios y productos por diversas afecciones que a corto, mediano o largo plazo podrían causar graves complicaciones, y las cuales podrían significar gastos considerables, toda vez que podrían requerir atenciones médicas personalizadas, estudios médicos, análisis de laboratorio, y cualquier tipo de intervención médica adicional con la finalidad de precautelar la salud. En Ecuador a inicios del año 2020 se comenzaron a presenciar los efectos del virus en nuestra sociedad, existieron muchas limitaciones y restricciones para diversas actividades, para lo que se emitían Acuerdos Ministeriales cada cierto tiempo, con los que pretendían regular la situación en la que nos encontrábamos y por consecuente evitar la propagación del virus en territorio nacional.</p> <p>El problema jurídico radica en la existencia de una norma de autoridad competente, misma que debe ser de estricta y obligatorio cumplimiento por parte de aquellas compañías que desarrollan esta actividad, sin embargo, las mismas hicieron caso omiso generando grandes y graves perjuicios aquellos pacientes-usuarios que requerían de un tratamiento costoso para sobrevivir. Se considera la existencia de un vacío normativo en nuestra legislación, toda vez que dejó abierta la posibilidad de negar las coberturas hospitalarias a los pacientes-usuarios, esto debido a los términos y condiciones de los contratos en lo que corresponde a los periodos de carencia.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +59397719957	E-mail: brunolomas07@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Reynoso Gaute, Maritza Ginette		
	Teléfono: +593-4-3804600		
	E-mail: maritza.reynoso@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			