

SEÑORES JUECES DE LA CORTE CONSTITUCIONAL DEL ECUADOR

1. Pablo Rodrigo Albuja Espinosa, en mi calidad de Presidente de la **Asociación de Empresas de Medicina Integral Prepagada**, conforme fue acreditado en el expediente¹, dentro del **Caso No. 332-21-JP** seleccionado para revisión y desarrollo de jurisprudencia vinculante, ante ustedes atentamente comparezco y manifiesto lo siguiente:

I

COMPARECENCIA COMO AMICUS CURIAE

2. La Asociación Ecuatoriana de Empresas de Medicina Prepagada (“AEEMIP”) es una persona jurídica de derecho privado, sin fines de lucro, constituida para unir y representar a las personas jurídicas que conforman el sector de la medicina integral prepagada en Ecuador. Sus objetivos, entre otros, son propender a la defensa y extensión de los sistemas privados de la medicina prepagada en el país, participar en las políticas y programas que tiendan hacia el mejoramiento de su infraestructura de servicios, y representar y defender los intereses del sector ante los organismos públicos y privados.

3. Con fundamento en el primer inciso del artículo 12 de la Ley Orgánica de Garantías Jurisdiccionales y Control Constitucional (“LOGJCC”), comparezco en calidad de *amicus curiae* y presento argumentos jurídicos que contribuyan a la mejor resolución de la causa. Debido a que la sentencia que dicte la Corte Constitucional en este caso tendrá un impacto directo y trascendental para todas las personas jurídicas que conforman el sector de la medicina integral prepagada, así como de sus afiliados, solicito atentamente que los argumentos que formulo sean valorados y acogidos al momento de resolver.

1

II

ARGUMENTOS DEL AMICUS CURIAE

4. Inicialmente, a nombre de la AEEMIP, expreso mis sinceras condolencias al señor Francisco Javier Zea Dávila (“Accionante”) por el fallecimiento de su hijo F.S.Z.S. Sin embargo, en forma considerada, presento argumentos jurídicos sobre los aspectos relevantes del caso seleccionado, a fin de que la Corte Constitucional adopte una decisión objetiva, apegada a los hechos del caso y al ordenamiento jurídico vigente.

A. La selección de la sentencia es extemporánea: según la jurisprudencia constitucional no se podría revisar el fondo del caso seleccionado.

¹ Ver escrito presentado el 8 de diciembre de 2021, a las 09h08.

5. En concordancia con el artículo 436 numeral 6 de la Constitución de la República del Ecuador (“Constitución”), el artículo 25 numeral 2 de la LOGJCC confiere a la Sala de Selección de la Corte Constitucional la facultad para escoger discrecionalmente las sentencias dictadas en procesos de garantías jurisdiccionales que serán objeto revisión. Sin embargo, el ejercicio de dicha facultad fue expresamente regulado y limitado por el legislador a través del artículo 25 numeral 6 de la LOGJCC que prescribe lo siguiente:

*En caso de que la sentencia no haya sido seleccionada dentro del término de veinte días desde su recepción en la Corte Constitucional, **se entiende excluida de la revisión.** (énfasis añadido)*

6. En ejercicio de su facultad privativa de expedir leyes orgánicas que regulan el ejercicio de las garantías constitucionales², la Asamblea Nacional estableció un límite temporal para la selección de sentencias. Este límite no constituye un obstáculo para la tutela de derechos, sino una garantía de estos. Si no existe límite de tiempo para la selección, las sentencias en procesos de garantías siempre estarán pendientes de una eventual revisión y se imposibilitaría que de estas se predique el efecto de cosa juzgada, el cual es garantía de la seguridad jurídica que debe imperar en un estado constitucional y democrático.

2

7. Desconociendo que el principio de prevalencia del derecho sustancial no significa que los jueces pueden discutir la validez de las normas que establecen requisitos y formalidades, ni de las normas expedidas por el legislador para frenar posibles arbitrariedades o actuaciones parciales de los funcionarios judiciales³, la Corte Constitucional declaró *inaplicable* el artículo 25 numeral 6 de la LOGJCC, por considerar que afecta el derecho a la tutela judicial efectiva de las víctimas de violaciones de derechos constitucionales. Específicamente, en la Sentencia No. 159-11-JH/19 la Corte Constitucional resolvió lo siguiente:

10. Para cumplir el propósito de desarrollo los derechos y garantías mediante el proceso de revisión y garantizar la seguridad jurídica, la contradicción y, en general, el debido proceso, en los casos de selección, la Corte debe precautelar los derechos de las partes intervinientes al momento de revisar las causas seleccionadas. Para el efecto, la Corte debe notificar a todas las partes procesales desde el avoco de conocimiento de la causa seleccionada, convocar a una audiencia en que las partes serán debidamente escuchadas

² Ver Art. 133 numeral 2 de la Constitución de la Republica.

³ Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-173/19.

y restringir el análisis jurídico a los hechos del caso que han sido conocidos en sede jurisdiccional.

11. Cuando transcurra un tiempo considerable entre la expedición de la sentencia y la sentencia de revisión, la Corte deberá considerar con particular atención los efectos de la sentencia. En estos casos, la Corte expedirá jurisprudencia con efectos de carácter general. Cuando constata que perduran los efectos por la violación de derechos al momento de expedir sentencia, la Corte debe modular los efectos de la sentencia para el caso concreto y podrá establecer mecanismos de reparación adecuada al caso. Para lograr esos efectos, la norma contenida en el artículo 25 (6) es inaplicable cuando la Corte evidencie que, en un caso seleccionado, por una vulneración de derechos constitucionales, el daño subsista al momento de dictar sentencia y no ha sido adecuadamente reparado...⁴ (énfasis y subrayado añadido)

8. Con base en esta sentencia, la Corte Constitucional en forma extraña ha dividido en dos ámbitos el alcance de su facultad de revisión. Por un lado, si al momento de resolver encuentra que en el caso seleccionado los daños por la vulneración de derechos constitucionales subsisten, la Corte revisa el fondo del caso concreto y puede dictar medidas de reparación integral. Por otro lado, si al momento de resolver encuentra que no subsisten daños a derechos pendientes de reparación, la Corte está “*facultada únicamente para emitir un pronunciamiento para casos posteriores y no para el que se está juzgando*”⁵.

9. En este caso, la sentencia de segunda instancia en la acción de protección fue dictada el 19 de enero de 2021. La Sala de Selección de la Corte Constitucional recibió dicha sentencia el 17 de febrero de 2021 y resolvió seleccionarla el 5 de julio de 2021, esto es, luego de transcurrido el término de 20 días previsto en el artículo 25 numeral 6 de la LOGJCC, por lo que debería ser excluida de la revisión. No obstante, aún si se considera que la Corte declaró inaplicable dicha norma jurídica en un escenario fáctico específico, es incuestionable que transcurrirá un tiempo considerable entre la expedición de la sentencia de segunda instancia y la sentencia de revisión que eventualmente expida la Corte.

10. Por lo tanto, lo primero que se debe examinar es si existen o no daños pendientes de reparación que habiliten a la Corte a revisar el fondo del caso seleccionado. Para tal efecto, es indispensable verificar los hechos probados en el caso concreto, los cuales constituyen un límite infranqueable para la facultad de revisión, según lo indicó la misma

⁴ Corte Constitucional del Ecuador. Sentencia No. 159-11-JH/19. Párr. 10 y 11.

⁵ Ídem. Párr. 9.

Corte Constitucional en la Sentencia No. 159-11-JH/19⁶. Como es lógico, al tratarse de una facultad de revisión de sentencias, el análisis de la Corte debe restringirse a los hechos del caso, sin que sea posible considerar supuestos fácticos ajenos a la controversia.

11. De una revisión del expediente, se observan los siguientes hechos relevantes:
 - 11.1. **La relación entre las partes se rige por los términos pactados en un contrato.** El 1 de marzo de 2019 los señores Franciso Javier Zea Dávila y Andrea Brigith Sola Núñez suscribieron con BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A. (“BMI”) el Contrato de Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada, Plan Sigma, Modalidad Abierta No. SI19Q17291, del cual son Titulares y sus hijos, entre ellos el menor F.S.Z.S., son Dependientes (“Contrato”).
 - 11.2. **El plan contratado sí incluyó el financiamiento de prestaciones sanitarias para el tratamiento de enfermedades catastróficas.** El Art. 8 del Contrato establece que la compañía se compromete a financiar en favor del Titular y/o Dependientes las siguientes prestaciones sanitarias: *“8. Enfermedades Crónicas, Catastróficas, Degenerativas y Raras diagnosticadas durante la vigencia de este Contrato tendrán cobertura hasta por el monto detallado en la Tabla de Beneficios Máximos...”*
 - 11.3. **Las partes acordaron que el financiamiento de las prestaciones sanitarias para el tratamiento de una incapacidad tenía un límite máximo.** Las Condiciones Particulares del Contrato que contienen la Tabla de Beneficios Máximas, establecen que el Límite Máximo por Incapacidad, por Titular y/o Dependiente, es de cien mil dólares de los Estados Unidos de América (USD 100.000,00.) El plan no tenía cobertura ilimitada.
 - 11.4. **Las partes pactaron que por incapacidad se entendería a todas las enfermedades que sean debidas a una misma causa o que estén relacionadas.** El numeral 31 del Capítulo VII (Definiciones) del Contrato define a la palabra Incapacidad como *“Enfermedad y/o Lesión accidental. Todos los desórdenes corporales, Enfermedad, patología o condición de salud que existan simultáneamente y sean debidos a una misma causa o estén relacionados, serán considerados como una sola incapacidad, al igual que todas las Lesiones sufridas en un mismo Accidente”* (“Incapacidad”).
 - 11.5. **Las partes conocían que una vez alcanzado el limite de financiamiento de US\$ 100.000 por Incapacidad, la cobertura no podía superar dicho monto.** El numeral 36 del Capítulo VII del Contrato estipula que el Límite Máximo por Incapacidad *“Es*

4

⁶ Ídem. Párr. 10.

la máxima responsabilidad a cargo de la Compañía producto del financiamiento de todos los Gastos Médicos Cubiertos que tiene derecho el Titular y/o Dependientes por cada Incapacidad atendida dentro o fuera del Hospital y/o Clínica. De ningún modo implica que las coberturas descritas en las Condiciones Particulares pueden extenderse o superar el monto estipulado”.

- 11.6. **Las partes acordaron que el Límite Máximo por Incapacidad duraría un año.** El numeral 44 del Capítulo VII del Contrato indica que el Período de Incapacidad es el *“Tiempo durante el cual el Titular y/o Dependientes incurren en Gastos Médicos Cubiertos a causa de una incapacidad. El Período de Incapacidad inicia desde el primer Gasto Médico Cubierto y finalizará en un tiempo de trescientos sesenta y cinco (365) días.”*
- 11.7. **El menor de edad F.S.Z.S. fue diagnosticado con una enfermedad catastrófica durante el período de vigencia del plan contratado.** En enero de 2020 el dependiente F.S.Z.S. fue diagnosticado con Leucemia Linfoblástica Aguda.
- 11.8. **El 6 de enero de 2020 el Accionante presentó una solicitud para el reembolso del primer gasto médico cubierto, por lo que el período de incapacidad se extendía hasta el 5 de enero de 2021.** El 6 de enero de 2020 el Accionante presentó la Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos relativos a la Incapacidad de “Leucemia Linfoblástica Aguda”.
- 11.9. **BMI sí cubrió y financió las prestaciones sanitarias del menor F.S.Z.S. hasta alcanzar el Límite Máximo Por Incapacidad de US\$ 100.000 contratado.** Desde el 6 de enero de 2020 hasta el 17 de agosto de 2020, BMI tramitó y reembolsó al Accionante los gastos del tratamiento sanitario de la Incapacidad de Leucemia Linfoblástica Aguda de F.S.Z.S., alcanzando el Límite Máximo por Incapacidad de US\$ 100.000.
- 11.10. **El menor F.S.Z.S. fue ingresado en el Hospital Metropolitano de Quito para el tratamiento de Leucemia Linfocítica Aguda y, durante el tratamiento, adquirió una neumonía derivada de dicha enfermedad.** La Historia Clínica indica que F.S.Z.S. ingresó al Hospital Metropolitano el 21 de julio de 2020 por una parálisis facial izquierda causada por Leucemia Linfoblástica Aguda. Durante dicho ingreso, el 28 de julio de 2020 el menor fue trasladado a terapia intensiva del hospital con diagnóstico de neumonía que estaba relacionada y derivaba de la Leucemia Linfoblástica Aguda.
- 11.11. **El Accionante solicitó que se reembolse el valor de US\$ 42.799,75 señalando que el diagnóstico de neumonía no estaba relacionado con la Leucemia Linfoblástica**

Aguda. El Accionante presentó a BMI el 31 de agosto de 2020 un formulario de reembolso de gastos médicos prestados al menor F.S.Z.S. por el diagnóstico de neumonía, reclamando el reembolso de las prestaciones sanitarias brindadas en el Hospital Metropolitano por el valor de US\$ 42.799,75.

11.12. **Debido a que se alcanzó el Límite Máximo por Incapacidad de US\$ 100.000, el financiamiento no podía superar el monto contratado.** El 3 de septiembre de 2020 BMI emitió la Liquidación de Gastos Médicos (“Liquidación”) en la que reembolsó al Accionante el valor de US\$ 1.280,35, y no todo el valor solicitado, debido a que ya se alcanzó el Límite Máximo por Incapacidad de US\$ 100.000. De conformidad con el Contrato, BMI no podía financiar un monto mayor al estipulado.

11.13. **El Accionante presentó un reclamo administrativo ante el órgano de control impugnando la Liquidación, el cual fue rechazado.** El 17 de marzo de 2020 el Accionante presentó un reclamo ante la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros (“SCVS”) impugnando la Liquidación y solicitando que se ordene a BMI el reembolso de US\$ 41.519,40. La SCVS negó el reclamo el 16 de junio de 2021 al verificar que se había alcanzado el límite máximo contratado. El Accionante no impugnó dicho acto administrativo ante el Tribunal Distrital de lo Contencioso Administrativo.

11.14. **La autoridad sanitaria emitió un dictamen vinculante estableciendo en forma técnica que la neumonía que sufrió el menor F.S.Z.S. estaba relacionada con la Leucemia Linfoblástica Aguda, por lo que se trataba de la misma Incapacidad.** Como parte de la tramitación del reclamo ante la SCVS, el 31 de marzo de 2021 la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (“ACCESS”) emitió un dictamen vinculante en el caso del menor F.S.Z.S. en el que dio respuesta a las preguntas de la SCVS de la siguiente forma:

¿El diagnóstico Neumonía grave del menor de edad Francisco Sebastián Zea Sola, se debe a una complicación secundaria producto de la enfermedad Leucemia Linfoblástica Aguda?

En base a lo que indica la evidencia científica y médicos tratantes en referencia a las complicaciones que se pueden presentar en pacientes con diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda se encuentra los problemas respiratorios tales como la Neumonía; en el presente caso debido a su condición vulnerable se encuentra susceptible a ciertas complicaciones como es la Neumonía Grave, mismo diagnóstico que

tuvo que ser ingresado a terapia intensiva pediátrica referido por la doctora Paola Pico Aguilar, especialista en Pediatría. (...)

¿El diagnóstico Neumonía grave del menor de edad Francisco Sebastián Zea Sola, se da a causa de la enfermedad Leucemia Linfoblástica Aguda o está relacionado con la misma?

La Leucemia Linfocítica Aguda es un tipo de cáncer de la sangre y de la médula ósea; la médula ósea produce células inmaduras que se transforman en glóbulos blancos con leucemia; estas células anormales son incapaces de funcionar adecuadamente comprometiendo el sistema inmunológico, lo que predispone al paciente que padece de este diagnóstico a la aparición de complicaciones en órganos, aparatos y sistemas, en el presente caso se podría mencionar que la Neumonía Grave es una complicación relacionada con la Leucemia Linfocítica Aguda.

- 11.15. **El Accionante presentó una acción de protección alegando la violación de sus derechos constitucionales.** El 18 de septiembre de 2020 el Accionante presentó una acción de protección en contra de BMI, alegando que la Liquidación violó los derechos de su hijo menor de edad, F.S.Z.S. La demanda fue conocida y tramitada en primera instancia por el Juez de la Unidad Judicial Multicompetente Civil con Sede en el cantón Ibarra y se tramitó con el número 10333-2020-01002 (“la Acción de Protección”).
- 11.16. **La sentencia de primera instancia rechazó la acción de protección por encontrar que no existió la violación de derechos constitucionales.** La sentencia dictada el 30 de octubre de 2020 rechazó la acción por no encontrar conculcados los derechos alegados por el Accionante como consecuencia de la Liquidación efectuada por BMI. La sentencia indicó que las alegaciones del Accionante se limitaron a indicar su inconformidad con la Liquidación realizada, siendo improcedente que a través de una acción de protección se analice las discrepancias de las partes sobre los términos de un contrato.
- 11.17. **La sentencia de segunda instancia analizó a profundidad las alegaciones de derechos constitucionales y resolvió rechazar el recurso de apelación del Accionante.** La sentencia dictada el 19 de enero de 2021 por la Sala Multicompetente de la Corte Provincial de Imbabura indicó que no se demostró que BMI violó el derecho a la vida, a la salud, a disponer de servicios privados de óptima calidad, a recibir información precisa y no engañosa, a la protección de grupos

prioritarios y vulnerables, ni el derecho a la igualdad de F.S.Z.S. La sentencia indicó que una compañía de medicina prepagada no puede ser obligada a otorgar beneficios que no estén especificados en el contrato, por lo que la Liquidación de BMI no violó derechos constitucionales.

12. Por lo expuesto, una revisión objetiva del caso evidencia que BMI no vulneró los derechos constitucionales del menor F.S.Z.S. Este no es un caso en que la compañía de medicina prepagada resolvió limitar la atención médica de un menor de edad que padeció una enfermedad catastrófica, como afirma el auto de selección⁷. En ningún momento BMI confirió un tratamiento discriminatorio al menor F.S.Z.S. en consideración a su edad o por el hecho de haber adquirido una enfermedad catastrófica. BMI tampoco negó cobertura a las prestaciones sanitarias que F.S.Z.S. recibió, sino que, en realidad, la compañía sí financió las prestaciones sanitarias correspondientes a dicha enfermedad y de las que derivaron de esta.

13. Lo que verdaderamente se discutió en el caso es si BMI estaba obligada a financiar prestaciones sanitarias por encima del límite máximo contratado por el Accionante en su plan de medicina prepagada, luego de que BMI cubrió los servicios prestados a F.S.Z.S. hasta el límite máximo por incapacidad de US\$ 100.000. Sin embargo, como se ha visto, los hechos del caso demuestran que la neumonía surgió durante el tratamiento de un diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda en el Hospital Metropolitano. Además, existe un dictamen vinculante de la autoridad sanitaria que, en forma técnica y científica, establece que la neumonía y la leucemia estaban relacionadas y constituían una misma Incapacidad.

14. Con estos antecedentes objetivos, las sentencias dictadas en la acción de protección llegaron a la única conclusión posible: BMI no podía dar cobertura adicional a la contratada por el Accionante luego de que las prestaciones sanitarias por la Incapacidad alcanzaron el Límite Máximo por Incapacidad de US\$ 100.000,00. En consecuencia, no existen violaciones a derechos constitucionales que estén pendientes de reparación en este caso, lo cual impide a la Corte Constitucional revisar el fondo del caso seleccionado.

B. Límites de la facultad de revisión: La Corte Constitucional no está facultada para dictar precedentes vinculantes sin resolver el caso seleccionado.

15. Una vez que se ha demostrado que no existen daños a derechos constitucionales que deban ser reparados, de conformidad con lo dispuesto en la Sentencia No. 159-11-

⁷ Ver párrafo 14 de auto de selección dictado el 5 de julio de 2021.

JH/19, la Corte Constitucional estaría “*facultada únicamente para emitir un pronunciamiento para casos posteriores y no para el que se está juzgando*”⁸.

16. En el auto de selección la Corte Constitucional indica que:

*El caso tiene novedad pues este Organismo podría desarrollar parámetros constitucionales para aplicación de las compañías que ofrecen seguros para atención médica privada con relación al pleno ejercicio del derecho a la salud; así mismo, para las juezas y jueces que resuelven garantías jurisdiccionales en el escenario de seguros privados y sus contratos de adhesión, frente a los principios de suficiencia, eficiencia, eficacia, transparencia, oportunidad, calidad, calidez en conexidad con el derecho a la vida y la salud y su posible vulneración*⁹.

17. El auto de selección permite entrever que la Corte busca desarrollar el contenido de los derechos a la vida y salud en el contexto de las actividades que desarrollan las compañías de seguros de salud y de medicina prepaga, estableciendo parámetros y directrices generales y obligatorias a tomar en cuenta por dichas empresas y por los operadores de justicia. El auto también deja intuir que, al igual que sucedió en la Sentencia No. 3-19-JP/20 y acumulados, la Corte Constitucional podría emitir un “*precedente de carácter erga omnes*” sin revisar el caso seleccionado y buscaría “*establecer nuevos criterios que no eran previsibles tomar en cuenta al momento de ocurrir los hechos del caso...*”¹⁰

9

18. Sin embargo, debemos preguntarnos, ¿mediante la revisión de sentencias la Corte Constitucional está facultada para expedir nuevos parámetros o criterios que regulen en forma general y abstracta el ejercicio de un derecho en el contexto de una determinada actividad económica? Además, ¿la Corte Constitucional está facultada para expedir precedentes *erga omnes* que no se extraen de la decisión del caso seleccionado?

19. Estas preguntas son trascendentales, pues en aplicación del principio de juridicidad reconocido el artículo 226 de la Constitución, la Corte Constitucional no podría dictar pronunciamientos, parámetros, estándares o criterios de aplicación generales y obligatorios

⁸ Corte Constitucional del Ecuador. Sentencia No. 159-11-JH/19. Párr. 9.

⁹ Ver párrafo 15 de auto de selección dictado el 5 de julio de 2021.

¹⁰ Ver párrafos 24 y 25 de la Sentencia No. 3-19-JP/20 y acumulados. “*Los casos seleccionados permiten comprender situaciones recurrentes de violaciones a los derechos de las mujeres embarazadas y en período de lactancia. Esta sentencia desarrolla el contenido de esos derechos y establece parámetros y directrices generales a tomar en cuenta tanto para entidades públicas como para personas operadoras de justicia. En este sentido, al establecer nuevos criterios que no eran previsibles tomar en cuenta al momento de ocurrir los hechos de los casos y para no dar un trato diferenciado a casos similares no seleccionados, la Corte no revisará la decisión de cada caso seleccionado.*”

para las industrias de medicina prepagada y de seguros de salud, si la Constitución y la ley no le confieren dicha facultad. Conforme se explicará a continuación, en realidad, el ordenamiento jurídico no le confiere a la Corte semejante facultad.

20. El artículo 436 numeral 6 de la Constitución confiere a la Corte Constitucional la facultad para “*Expedir sentencias que constituyan jurisprudencia vinculante respecto de las acciones de protección, cumplimiento, hábeas corpus, hábeas data, acceso a la información pública y demás procesos constitucionales, así como los casos seleccionados por la Corte para su revisión.*” Concordantemente, el artículo 25 de la LOGJCC que desarrolla las reglas de los procesos de selección y revisión, faculta a la Corte a dictar “*sentencia en los casos seleccionados dentro del término de cuarenta días siguientes a su selección.*”

21. En primer lugar, las normas citadas prescriben, en forma literal¹¹, que al ejercer la facultad de revisión la Corte expedirá *sentencias*. La sentencia es el acto procesal que decide sobre la estimación o desestimación de la pretensión ejercitada por el actor, con base en su conformidad o disconformidad con el ordenamiento jurídico; es decir, es la resolución judicial que decide el fondo del asunto¹². Por lo tanto, al ejercer la facultad de revisión, la Corte debería dictar sentencias que resuelvan el caso seleccionado¹³, ya que de lo contrario, no podría hablarse de *sentencias* propiamente.

10

22. En segundo lugar, las normas establecen que las sentencias constituirán “*jurisprudencia vinculante*”. Al ejercer la facultad de revisión, la Corte debería dictar jurisprudencia vinculante, mas no otro tipo de actos que se asemejan a reglas legislativas o a políticas públicas de competencia de otras funciones del Estado. Si bien la introducción de la *jurisprudencia vinculante* como fuente de derecho en el Ecuador es novedosa, aquello no puede llevarnos a tergiversar el concepto al punto de desnaturalizarlo o hacerlo irreconocible. En sentido estricto, la Corte no emite *jurisprudencia* ni *precedentes vinculantes* cuando expide parámetros o criterios generales que no derivan del juzgamiento del caso seleccionado.

23. La *jurisprudencia* es un repositorio de experiencia judicial basado en la analogía fáctica entre casos previamente decididos y casos nuevos presentados a la decisión de los

¹¹ Constitución de la República. “Art. 427.- *Las normas constitucionales se interpretarán por el tenor literal que más se ajuste a la Constitución en su integralidad. En caso de duda, se interpretarán en el sentido que más favorezca a la plena vigencia de los derechos y que mejor respete la voluntad del constituyente, y de acuerdo con los principios generales de la interpretación constitucional.*”

¹² Juan Montero Aroca, Derecho Jurisdiccional II, Tirant Lo Blanch, 20ª edición, Valencia, 2012. Pg. 372.

¹³ La única excepción eran las sentencias inhibitorias que, tras la expedición del Código Orgánico General de Procesos, ya no existen pues se resuelven mediante autos al tratar las excepciones previas.

jueces¹⁴. A su vez, el *precedente vinculante* implica que la decisión adoptada con anterioridad por un tribunal *dentro de un patrón fáctico* tiene fuerza gravitacional *prima facie* sobre un caso nuevo análogo por *sus hechos o circunstancias*¹⁵. Por concepto, es la *razón de la decisión (ratio decidendi)* adoptada por los tribunales la que tiene fuerza vinculante, generando consistencia e igualdad en la resolución de los siguientes casos.

24. En el sistema del *common law* en que se origina, el precedente siempre se ha basado en la conexión analógica entre caso nuevo y caso antiguo¹⁶. Al hablar de precedente, sólo son vinculantes las partes más esenciales de la sentencia que consisten en el análisis de las cuestiones de derecho que son *estricta y lógicamente necesarias para resolver la disputa* frente a la corte. Estas partes de la sentencia se conocen como la *ratio*.¹⁷ El resto del texto de la sentencia que no es dispositivo para la resolución de las pretensiones de la controversia es *obiter dicta* que de ninguna manera es vinculante.

25. Por lo expuesto, si atendemos la naturaleza de la jurisprudencia y del precedente vinculante, no es concebible que la Corte Constitucional afirme que expide precedentes *erga omnes* cuando no juzga el caso seleccionado. Es evidente que si la Corte no emite un pronunciamiento para el caso concreto, no hay decisión de la controversia, y sin esta no existe una *ratio decidendi* de la cual se pueda extraer una regla vinculante para casos futuros. No es posible encasillar a los criterios o parámetros generales que la Corte busca dictar en este caso, y en otros casos de revisión, sobre derechos, conceptos o temas genéricos discutidos en el caso, bajo el concepto de precedentes vinculantes.

26. En este contexto, es importante señalar que la forma natural de entender al precedente sí ha sido reconocida por el legislador ecuatoriano, de tal forma que no puede afirmarse que en nuestro ordenamiento jurídico el precedente vinculante tiene otra acepción. El artículo 2 numeral 3 de la LOGJCC prescribe lo siguiente:

Obligatoriedad del precedente constitucional. - Los parámetros interpretativos de la Constitución fijados por la Corte Constitucional en los casos sometidos a su conocimiento tienen fuerza vinculante. La Corte podrá alejarse de sus precedentes de forma explícita y argumentada garantizando la progresividad de los derechos y la vigencia del estado constitucional de derechos y justicia. (énfasis añadido)

¹⁴ Diego Eduardo López Medina, *El derecho de los jueces*, Universidad de los Andes, Segunda Edición, Bogotá, 2006. Pg. 109.

¹⁵ Ídem.

¹⁶ Ídem. Pg. 115.

¹⁷ George P. Fletcher y Steve Sheppard., *American Law in a Global Context Basis*, Oxford University Press, 2005. Pg. 80 y 81.

27. Esta norma establece en forma expresa que lo que vincula en una sentencia son los parámetros interpretativos fijados por la Corte Constitucional en la decisión de los casos sometidos a su conocimiento. Más aun, la misma Corte Constitucional al referirse al artículo 436 numeral 6 de la Constitución que regula la facultad de revisión y al artículo 2 numeral 3 de la LOGJCC antes citado, ha definido el concepto de *precedente jurisprudencial en sentido estricto*, confirmando que la obligatoriedad del precedente se extrae de la regla contenida en la *ratio decidendi* de una sentencia. La Sentencia No. 109-11-IS/20 dice:

*24. Dicho precedente judicial en sentido estricto está conectado íntimamente con la motivación de las decisiones judiciales. Según la Constitución (artículo 76 núm. 7 letra I), toda decisión judicial debe tener una motivación; dentro de esta, sin embargo, **cabe distinguir la ratio decidendi, o sea, el conjunto de razones que son esenciales para la justificación de lo decidido** (las demás consideraciones contenidas en la motivación suelen denominarse *obiter dicta*). **Y, dentro de la ratio decidendi, cabe todavía identificar su núcleo, es decir, la regla en la que el decisor subsume los hechos del caso concreto para, inmediatamente, extraer la decisión** (lo que queda fuera de dicho núcleo son las razones que fundamentan la mencionada regla).*

*24. **Ahora bien, cuando dicha regla no es tomada por el decisor –sin más– del sistema jurídico preestablecido** (que incluye las leyes, los instrumentos internacionales de derechos humanos, las normas de origen jurisprudencial, etc.), **sino que, más bien, es el producto de la interpretación que el decisor hace de dicho ordenamiento con miras a resolver el caso concreto, estamos ante una regla de precedente.** (...)” (énfasis y subrayado añadido)*

28. Por lo tanto, no hay duda de que en Ecuador el *precedente vinculante* también debe extraerse de la resolución de los casos sometidos a conocimiento de la Corte Constitucional. Precisamente, la fuerza vinculante del precedente se extrae de los parámetros interpretativos realizados por la Corte Constitucional al resolver un caso concreto. No hay fundamento alguno para que la Corte expida, *a título de jurisprudencia vinculante*, meras *definiciones conceptuales, generales o abstractas* sobre un derecho tratado en el caso, que no sean el resultado del razonamiento necesario para resolver la controversia.

29. Sin embargo, desnaturalizando al concepto de precedente vinculante, en este caso se busca desarrollar parámetros, estándares o criterios generales. Bajo esta forma impropia de entender el precedente, en la decisión de un caso nuevo no contarán las similitudes fácticas con el caso anterior, sino que en cambio lo relevante serán las conexiones temáticas

12

o conceptuales que la Corte pueda desarrollar en su resolución¹⁸. No obstante, este tipo de actuaciones dejan a un lado los hechos del caso y, por consiguiente, dada su generalidad y abstracción, se asemejan más a reglas de tipo legislativo¹⁹.

30. Ninguna norma constitucional o legal le faculta a la Corte a expedir este tipo de reglas. De hecho, estos parámetros o directrices que la Corte Constitucional también ha expedido bajo el título de “*garantías de no repetición*”²⁰, como indicó en el auto de aclaración de la Sentencia No. 1149-19-JP/21²¹, no podrían dictarse si la Corte no juzga el caso seleccionado. La razón es evidente: si la Corte Constitucional no resuelve el mérito del caso y no determina que se han violado derechos constitucionales, entonces lógicamente no podría dictar esta forma de reparación integral frente a violaciones que no existen.

31. Al respecto, es relevante citar un pronunciamiento emitido por el Dr. Alí Lozada Prado, actual Presidente de la Corte Constitucional, quien afirma con claridad que la Corte es un órgano de naturaleza jurisdiccional y no tiene potestades normativas:

*La Corte Constitucional no es un “órgano con potestad normativa” en los términos del artículo 84 de la Constitución: la Corte no prescribe (o, como dice el voto, “expide”) normas jurídicas, lo que hace es interpretarlas. La distinción entre ambas cosas es la misma que hay entre ley y precedente en cuanto fuentes de Derecho. No cabe confundir ambas categorías*²².

13

32. Por otro lado, si la Corte persiste en independizar o separar la función de sentar precedentes de la función de resolver los casos, se afectaría en forma importante la teoría del precedente judicial en Ecuador²³, pues lo reduciría a otra forma de derecho legislado,

¹⁸ Diego Eduardo López Medina, Op. Cit. Pg. 115 y 116.

¹⁹ Ídem. Pg. 195 y 196. En el derecho legislado las reglas son, al menos en la superficie, de fácil reconocibilidad. La regla es independiente de patrones argumentativos fácticos. La regla de derecho legislado busca regular uniformemente un conjunto amplio de casos que caen dentro de su fuerza gravitacional.

²⁰ Las garantías de no repetición son acciones que debe desplegar el Estado para que la situación que generó la violación de derechos constitucionales no se repita. A través de estas medidas, también conocidas en el derecho comparado como “structural injunctions”, la Corte Constitucional ha ordenado la creación o reforma de leyes y/o de políticas públicas de conformidad con estándares desarrollados en las sentencias de revisión.

²¹ Corte Constitucional del Ecuador. Auto de aclaración de la Sentencia No. 1149-19-JP/21. Párr. 66.

²² Voto concurrente del Dr. Alí Lozada Prada emitido el 26 de junio de 2019, en la Sentencia No. 11-18-CN/19.

²³ Juan García Amado, Controles Descontrolados y Precedentes sin Precedente: A Propósito de la Sentencia del Tribunal Constitucional del Perú en el Expediente No. 3741-2004-AA/TC. “*Esto resulta revolucionario para toda teoría del precedente judicial, pues posiblemente es la primera vez que la función de sentar precedentes se independiza de la de resolver casos. Hasta hoy, se entendía que no toda resolución de casos tiene valor de precedente (...), pero que todo precedente se establece en la resolución de un caso, pues lo que como precedente vale se contiene en la ratio decidendi de ese caso. Quizá el no querer forzar demasiado esta novedosa separación es lo que hace que el Tribunal acabe esmerándose, más adelante, por afirmar que alguna vinculación tiene que entre el caso que se resuelve y esa norma “legal” que el Tribunal dicta en aplicación de su interpretación del artículo VII... Cita la Sentencia los supuestos en los que en el Derecho norteamericano se admite que puede el*

pero a cargo de un órgano jurisdiccional de naturaleza no representativa y, esencialmente, contramayoritario. Esta preocupación no es menor. Si se considera que la Corte tiene la facultad discrecional para seleccionar los casos²⁴ y se admitiese que la Corte puede sentar precedentes vinculantes sin resolver el caso concreto, se abre la puerta para que la Corte:

...comience a emitir precedentes vinculantes a diestra y siniestra en cualquier circunstancia, sin que tenga que ver con el caso concreto, sin que se encuentre en la ratio decidendi y tratando de imponer alguna concepción ... antojadiza de los Magistrados de turno, convirtiéndose la institución en algo totalmente distinto y diferente de su lugar de origen y más pareciéndose a una cuestión legislativa que jurisprudencial²⁵.

33. Por si fuera poco, la forma en que la Corte Constitucional concibe al precedente vinculante no sólo se aparta de su origen en el *common law*, sino que tampoco guarda relación con la forma en que se lo concibe en otros países de la región. Por ejemplo, la Corte Constitucional de Colombia ha señalado que sólo tienen fuerza vinculante los conceptos que guarden una relación estrecha, directa e inescindible con la parte resolutive del caso. Así, solamente la *ratio decidendi*, entendida como el fundamento normativo directo de la parte resolutive o la base necesaria de la decisión, es la parte de la sentencia que resulta ser obligatoria y que tiene la capacidad de proyectarse más allá del caso concreto²⁶.

14

34. De igual manera, el Tribunal Constitucional de Perú ha señalado que el precedente aparece como una herramienta técnica que facilita la ordenación y coherencia de la jurisprudencia, cuyo uso se sustenta en la siguiente condición:

a) Existencia de relación entre caso y precedente vinculante. En ese sentido, la regla que con efecto normativo el Tribunal Constitucional decide exteriorizar como vinculante, debe ser necesaria para la solución de un caso planteado. El Tribunal no debe fijar una regla so pretexto de solución de un

Tribunal Supremo "dictar un precedente con efectos vinculantes sobre toda la judicatura": (...) Pero como ahí no se encuentra base que justifique la actividad propiamente legislativa que el Tribunal quiere adoptar, dice que hacen falta parámetros distintos que encajen mejor con "nuestro contexto y nuestra tradición jurídica". Este extranjero que tiene la osadía de escribir este comentario, confiesa que desconocía por completo que en Perú existiera una tradición no solo de creación jurisprudencia de Derecho, sino, más aun, de actividad legisladora de las altas cortes judiciales."

²⁴ Esta discreción permite a los jueces tener absoluto control sobre su propia agenda. Ver Margaret Meriwether Cordray, Richard Cordray, *The Philosophy of Certiorari: Jurisprudential Considerations in Supreme Court Case Selection*, 82 Wash. U. L. Q. 389.

²⁵ José Reynaldo López Viera, *Análisis del precedente constitucional vinculante en el Perú a partir de su codificación en la ley No. 28237, en Derecho Procesal Constitucional*, Eduardo Andrés Velandia Canosa, Ediciones Nueva Jurídica, Bogotá, 2017. Pg. 268.

²⁶ Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-292/06.

caso, si en realidad esta no se encuentra ligada directamente con la solución del mismo...²⁷ (énfasis y resaltado añadido)

35. Por lo expuesto, queda claro que la facultad de revisión no le permite a la Corte, bajo el título de dictar jurisprudencia vinculante, emitir parámetros, criterios o estándares generales sobre los derechos a la salud y la vida con relación a las actividades que desarrollan las compañías de medicina prepagada y de seguros de salud. En un Estado Constitucional y Democrático, estas normas solamente pueden emitirse por órganos con legitimidad democrática, como la Asamblea Nacional y exclusivamente mediante ley orgánica, conforme lo dispone el artículo 133 numeral 2 de la Constitución.

C. Los parámetros o criterios que la Corte Constitucional busca emitir en este caso ya fueron desarrollados en una ley orgánica y existen autoridades de control competentes que verifican su cumplimiento.

36. Subsidiariamente, en caso de que la Corte Constitucional rechace lo expresado en el anterior acápite, señalo que contrariamente a lo afirmado en el auto de selección, el presente caso no es novedoso debido a que los parámetros que se buscan crear o desarrollar por parte de la Corte ya existen en el ordenamiento jurídico vigente. Adicionalmente, la ley contempla autoridades de control y sanitarias que se encargan de tutelar los derechos de los usuarios de servicios de medicina prepagada y de seguros de salud.

15

37. El auto de selección señala que :

*Este Organismo podría desarrollar parámetros constitucionales para aplicación de las compañías que ofrecen seguros para atención médica privada con relación al pleno ejercicio del derecho a la salud; así mismo, para las juezas y jueces que resuelven garantías jurisdiccionales en el escenario de seguros privados y sus contratos de adhesión, frente a los principios de suficiencia, eficiencia, eficacia, transparencia, oportunidad, calidad, calidez en conexidad con el derecho a la vida y la salud y su posible vulneración*²⁸.

38. En el Registro Oficial Suplemento 863 del 17 de octubre de 2016 se publicó 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 (“LORCSPAM”). El artículo 1 prescribe que su objeto es regular, vigilar y controlar la prestación de los servicios de medicina prepagada y de servicios de salud para garantizar el

²⁷ Tribunal Constitucional de Perú. STC No. 0024-2003 AI/TC, Caso: Municipalidad de Lurín).

²⁸ Ver párrafo 15 de auto de selección dictado el 5 de julio de 2021.

ejercicio pleno de los derechos de los usuarios, fijar las atribuciones para establecer y aprobar el contenido de los planes, y determinar el régimen de solución de conflictos.

39. El artículo 3 de la LORCSPAM establece que los principios rectores de la ley son, entre otros, los de suficiencia, eficiencia, eficacia, transparencia, oportunidad, calidad y calidez que fueron referidos en el auto de selección. Adicionalmente, el artículo 4 de la LORCSPAM establece que para el cumplimiento de esta ley, el Estado garantizará el ejercicio de los derechos a la vida y a la salud también invocados en el auto de selección²⁹. En este sentido los principios y derechos sobre los cuales la Corte busca desarrollar parámetros generales de aplicación ya han sido desarrollados extensamente en el articulado de la LORCSPAM. Esto incluso ha sido reconocido por la Corte Constitucional³⁰.

40. En la Sentencia No. 75-16-IN/21 y acumulados, la Corte Constitucional indicó que, debido a que los servicios de medicina prepagada y de seguros salud están ligados al derecho a la salud, se requiere la intervención del Estado con políticas técnicas y objetivas que promuevan el ejercicio de este derecho³¹. Para tal efecto, la LORCSPAM determina que *“sean las superintendencias y, en el caso del área de la salud, la autoridad sanitaria nacional, las encargadas de vigilar, auditar, intervenir y controlar los servicios de salud, y emitir las políticas técnicas necesarias para garantizar el ejercicio de este derecho...”*³².

16

41. El artículo 17 de la LORCSPAM instituye a la SCVS como el órgano de vigilancia y control societario, financiero y no sanitario de las compañías de medicina prepagada y de seguros de salud. Esta norma faculta a la SCVS a (i) regular y aprobar, en forma previa a su comercialización, los planes, programas y modalidades para la prestación de los servicios; (ii) determinar en los contratos y pólizas tipo y sus anexos, condiciones y cláusulas obligatorias, e identificar cláusulas abusivas, y (iii) sustanciar y dirimir en sede administrativa los reclamos de los usuarios que surjan de la aplicación de estos contratos.

²⁹ LORCSPAM. “Art. 4.- Derechos.- Para el cumplimiento de esta Ley, el Estado garantizará el ejercicio de los siguientes derechos:

1.- Vida. - Se privilegia la cautela del derecho a la vida en los términos previstos en la Constitución, por sobre cualquier otra consideración empresarial o mercantil y de modo integral al ser humano como eje central de la intervención del Estado, instituciones y personas involucradas, respecto de la atención de salud, financiada por las compañías controladas y reguladas en esta Ley.

2.- A la salud en el ámbito de la presente Ley. - Toda persona tiene derecho a la salud, a su ejercicio permanente, oportuno y sin exclusión, a recibir atención integral e integrada que procure su bienestar y mejore su calidad de vida y a acceder, entre otros, a servicios de promoción, prevención en sus diferentes ámbitos, diagnóstico, recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos, de largo plazo, e inclusión social, respetando los derechos humanos y los principios de la bioética.”

³⁰ Corte Constitucional del Ecuador. Sentencia No. 75-16-IN/21.

³¹ Corte Constitucional del Ecuador. Sentencia No. 75-16-IN/21. Párr. 83.

³² Corte Constitucional del Ecuador. Sentencia No. 75-16-IN/21. Párr. 85.

42. El artículo 18 de la LORCSPAM instituye a la Autoridad Sanitaria Nacional como el ente de control y regulación en materia sanitaria de las compañías que presten servicios de medicina prepagada. Esta regulación y control comprende la oportunidad, eficiencia y calidad de las prestaciones sanitarias, ofertadas por los prestadores de salud que tengan relación contractual con las compañías de medicina prepagada; y la calidad de los servicios sanitarios que se presten a través de plataformas tecnológicas u otros medios informáticos. Además, el numeral 5 del artículo 18 de la LORCSPAM le faculta a la Autoridad Sanitaria a *“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”*.

43. Por si esto fuera poco, el artículo 20 de la LORCSPAM prohíbe toda clase de exclusiones en los planes de medicina prepagada debido a criterios como la edad, estado de salud, discapacidad o cualquier otra distinción personal. Concordantemente, el artículo 15 numeral 8 ibídem señala que las compañías deben estar en la capacidad de asumir las prestaciones sanitarias para la atención de enfermedades catastróficas y se establece en los artículos 30 y 35 que las compañías no podrán incrementar las tarifas o primas de los planes ante el apareamiento de enfermedades catastróficas. Por lo tanto, la ley sí regula las situaciones de personas en doble situación de vulnerabilidad como el menor F.S.Z.S., por lo que es innecesario emitir parámetros sobre aspectos ya regulados por el legislador.

17

44. Finalmente, el artículo 21 de la LORCSPAM ya establece los requisitos que deben cumplir los planes de medicina prepagada con la finalidad de que los consumidores tengan acceso a información adecuada, veraz, clara, oportuna, completa y precisa acerca del alcance y los límites de todas y cada una de las prestaciones ofertadas, montos de cobertura, tarifario aplicable, modalidad a utilizarse, sus características, calidad, condiciones de contratación y demás aspectos relevantes de los mismos.

45. Para garantizar que los planes de medicina prepagada no contengan términos ambiguos, ambivalentes o equívocos y asegurar el pleno conocimiento del consumidor, el artículo 21 ibídem establece que la información que reciba el consumidor debe incluir el contrato aplicable a cada plan y sus anexos, aprobados por la Autoridad Sanitaria Nacional. Por lo tanto, como se observa, los aspectos que el auto de selección ha considerado novedosos, en realidad no lo son, pues ya existe una ley y normativa reglamentaria que desarrolla los derechos y principios referidos con relación a los servicios de medicina prepagada, y establece autoridades y procedimientos para protegerlos.

D. En el caso seleccionado, la normativa aplicable fue observada y se emplearon los mecanismos administrativos y judiciales previstos en la ley para precautelar los derechos del Accionante y de su hijo.



46. Es entendible que la Corte, dentro del límite de sus facultades, procure el desarrollo de jurisprudencia cuando existan casos en donde la falta de otros mecanismos legales provoque una vulneración de derechos. Sin embargo, este no es el caso. Al contrario, el sistema de medicina prepagada y de seguros de salud ya cuenta con mecanismos tanto administrativos como judiciales previstos en la ley para precautelar los derechos de sus usuarios, e incluso estos mecanismos prevén la revisión del caso por un órgano técnico en materia de salud, lo cual permite que cada caso sea analizado en forma técnica.

47. En este sentido, la LORCSPAM prevé tres mecanismos para resolver las controversias que surjan de la aplicación de los contratos suscritos con compañías que financien servicios de medicina prepagada y de seguros de salud: (i) acuerdo directo, (ii) reclamo en sede administrativa y (iii) reclamo en sede judicial.

48. Respecto del acuerdo directo, el artículo 39 de la LRCSPAM establece un periodo de 7 días de negociación directa entre las partes para llegar a un acuerdo. Esto permite que de forma eficaz y expedita se solucione cualquier controversia respecto la negativa a cubrir el financiamiento de las prestaciones sanitarias o del incumplimiento de las obligaciones contractuales por parte del usuario.

49. El segundo mecanismo previsto es el reclamo en sede administrativa. Al respecto, el artículo 41 de la LRCSPAM prescribe lo siguiente:

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

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

concomitantemente al traslado, se solicitará dictamen a la Autoridad Sanitaria Nacional que deberá ser emitido obligatoriamente, dentro del término de quince días, contado a partir del requerimiento.

(...). De haberse emitido dictamen, éste tendrá el carácter de vinculante. Sin embargo, la autoridad competente, en ningún caso resolverá reclamos formulados por las compañías alegando preexistencia no declarada sin contar con el dictamen de la Autoridad Sanitaria Nacional.

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

50. Como se desprende de esta cita, el Intendente de Compañías del domicilio del usuario resolverá la controversia, y cuando esta se trate de temas sanitarios, se contará con el dictamen de la Autoridad Sanitaria Nacional (en este caso la ACEESS), el cual es vinculante. Por lo tanto, cuando los reclamos involucren temas relativos a materias de salud, un cuerpo técnico de médicos y especialistas en salud y medicina prepagada emite un pronunciamiento obligatorio, de manera que el caso sea tratado con la experticia que merece y así sucedió en el caso que nos atañe.

19

51. Incluso, el Reglamento de la LRCSPAM dispone en su artículo 29 que *“para la elaboración de su dictamen, la Autoridad Sanitaria Nacional podrá solicitar la información adicional que considere a las partes, quienes a su vez, podrán remitir voluntariamente la información de descargo pertinente para que se tome en cuenta dentro del informe indicado”*. Este dictamen es realizado por la ACESS, conforme el numeral 11 del artículo 3 del Decreto Ejecutivo Nro. 703, publicado en el Registro Oficial Suplemento Nro. 534 de 01 de julio de 2015, que le faculta para: *“11. Emitir informes vinculantes a las instancias respectivas para la aplicación de sanciones en los casos de incumplimiento de la normativa de control y vigilancia sanitaria vigente, en relación a la calidad de los servicios de salud que de conformidad con la ley les correspondan a otras entidades (...)”*.

52. Así, la ACESS es la agencia dotada con la facultad para emitir este dictamen vinculante, la cual además se encuentra conformada por médicos profesionales que son quienes revisan las controversias que versan sobre materia sanitaria. Consecuentemente, no cabe duda de que cada reclamo administrativo presentado por los usuarios cuenta con la atención legal y técnica necesaria para resolver casos relativos a la salud.

53. Es bajo este contexto técnico establecido por la ley, que se analizó y resolvió el reclamo administrativo presentado por el Accionante el 18 de marzo de 2021. Así, en la tramitación del reclamo administrativo, la SCVS mediante Oficio No. SCVS-IRQ-DRS-2021-00011595-O de 23 de marzo de 2021, dirigido a la Directora Ejecutiva de la ACESS, solicitó la emisión del dictamen obligatorio correspondiente.

54. La ACESS emitió el dictamen vinculante No. DEMPYSAM-144 el 31 de marzo de 2021 en el que se determinó que, con base en la evidencia científica, en la historia clínica y demás documentos reportados por los médicos tratantes, el cuadro de neumonía que presentó el menor F.S.Z.S. es una complicación relacionada con el diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda. Específicamente, la ACESS señaló que:

La Leucemia Linfocítica Aguda es un tipo de cáncer de la sangre y de la médula ósea; la médula ósea produce células inmaduras que se transforman en glóbulos blancos con leucemia; estas células anormales son incapaces de funcionar adecuadamente comprometiendo el sistema inmunológico, lo que predispone al paciente que padece de este diagnóstico a la aparición de complicaciones en órganos, aparatos y sistemas, en el presente caso se podría mencionar que la Neumonía Grave es una complicación relacionada con la Leucemia Linfocítica Aguda³³.

20

55. Consecuentemente, existe un pronunciamiento científico, técnico y objetivo que indica que la neumonía que sufrió F.S.Z.S. se debió a una sola causa, la enfermedad Leucemia Linfoblástica Aguda. Como se indicó antes, el término “Incapacidad” se definió en el Contrato suscrito por las partes como “*Enfermedad y/o Lesión accidental. Todos los desórdenes corporales, Enfermedad, patología o condición de salud **que existan simultáneamente y sean debidos a una misma causa o estén relacionados, serán considerados como una sola Incapacidad**, al igual que todas las Lesiones sufridas en un mismo Accidente*” (énfasis añadido).

56. Si la ACESS, órgano técnico en materia de salud, determinó que la neumonía es una patología relacionada o derivada de la Leucemia Linfoblástica Aguda; entonces, en aplicación de las definiciones contractuales, es claro que se trató de la misma incapacidad, por lo que una vez alcanzado el límite máximo por dicha incapacidad, BMI no podía financiar un valor superior al contratado. Por tal razón en el pronunciamiento de la ACESS se recomienda rechazar el reclamo interpuesto, razón por la cual la Directora Regional de Seguros de la SCVS rechazó el reclamo administrativo el 16 de junio de 2021.

³³ ACESS, dictamen vinculante No. DEMPYSAM-144 el 31 de marzo de 2021, Pág. 16.

57. Es preciso enfatizar que este pronunciamiento de la ACCESS es obligatorio y vinculante conforme lo dispone la ley³⁴. La razón para ello es clara. La ACCESS es el cuerpo técnico idóneo en capacidad para absolver controversias relativas a materias de salud o sanitarias. Ningún abogado, Superintendente, o Juez podrá emitir un criterio más acertado que aquel emitido por un equipo de profesionales de la salud. Este razonamiento no solo estaba claro para el legislador, al incluir la obligatoriedad de aquel informe en la ley, sino que también es algo inequívocamente claro y sensato para cualquier ciudadano común.

58. Más aún, un dictamen obligatorio por un órgano técnico en materia de salud es la mejor vía para resolver este tipo de reclamos. Es evidente que cada reclamo administrativo que surja de la aplicación de los contratos suscritos con compañías de medicina prepagada tendrá circunstancias especiales y particulares. Estas circunstancias particulares pueden ser analizadas mediante un informe de la ACCESS. En cambio, la creación de “*parámetros constitucionales*” generales provocaría que los casos sean resueltos con una solución que no se ajuste a las circunstancias. Cuando se trata de temas de la salud no existe una “*talla única*”, y pretender aplicar un parámetro genérico causaría muchos perjuicios a los usuarios.

59. Ahora bien, la LORCSPAM incluye además la posibilidad de impugnar el dictamen de la Autoridad Sanitaria Nacional (particularmente el de la ACCESS) dentro de la resolución de la SCVS, a través del recurso de apelación al que se refiere el artículo 42 de la mencionada ley. Así, los usuarios pueden también dentro de la vía administrativa impugnar la resolución ante el Superintendente de Compañías, Valores y Seguros.

21

60. Por último, la ley prevé también los mecanismos de la vía judicial para defender los derechos de los usuarios. El mismo artículo 42 de la LRCSPAM menciona que la decisión de la SCVS puede ser impugnada por medio de “*la acción contencioso administrativa a que hubiere lugar, que por parte de la compañía, sólo podrá plantearse cuando ésta hubiere honrado las obligaciones contractuales materia de la controversia.*” De esta manera, los usuarios tendrían la oportunidad de presentar sus propios peritajes médicos que permitan contradecir el dictamen vinculante de la ACCESS de considerarlo erróneo.

61. A todo lo anterior deben sumarse las vías constitucionales disponibles, tales como la acción de protección. Precisamente, el Accionante presentó una acción de protección que fue rechazada en primera y segunda instancia. En esta vía, los jueces coincidieron en que no se demostró la violación a ningún derecho constitucional y que la controversia se centraba en una disputa sobre los términos del Contrato, mediante la cual el Accionante buscaba el financiamiento de prestaciones sanitarias que excedían el monto máximo contratado.

³⁴ Art. 41 de la LRCSPAM.

62. En consecuencia, en este caso no existe ningún elemento para aseverar que todos los mecanismos de reclamo previstos en la ley y que fueron activados por el Accionante, no analizaron en forma técnica y adecuada el caso. Es claro que BMI no causó ninguna afectación al menor F.S.Z.S., pues existió un pronunciamiento de la ACCESS que confirmó que el diagnóstico de neumonía estaba asociado con la enfermedad Leucemia Linfoblástica Aguda, por lo que jurídicamente BMI no podía dar una cobertura por un monto superior al contratado. Dicha actuación no constituyó, en forma alguna, una violación de derechos fundamentales.

63. También es claro que esta imposibilidad de extender el monto del financiamiento contratado no puede imputarse a una falta de información al usuario o ambigüedad en los términos contractuales. De conformidad con el artículo 17 numerales 3 y 4 LORCSPAM, la SCVS en forma previa a su comercialización, regula y aprueba los planes de medicina prepagada, sus contratos, pólizas tipo, anexos y condiciones. Esta aprobación previa descarta cualquier alegación de que al incluir límites máximos de cobertura por incapacidad, la compañía estaría violando el derecho a la vida o salud de persona alguna, o que ésta no tenía información sobre el alcance y condiciones del servicio contratado.

64. Tampoco existen elementos para afirmar que se ha violado el derecho al acceso a bienes y servicios públicos y privados de calidad, con eficiencia, eficacia y buen trato, así como a recibir información adecuada y veraz sobre su contenido y características, reconocido en el artículo 66 numeral 25 de la Constitución. Los hechos y los dictámenes emitidos por la SCVS y la ACCESS acreditan que BMI brindó cobertura al menor F.S.Z.S. hasta alcanzar el límite máximo contratado, y que la Liquidación de BMI se ajustó a los términos del Contrato. Por tal razón, BMI actuó en cumplimiento de los estándares aplicables al servicio, lo cual descarta que se han prestado servicios que inobservan parámetros de calidad.

65. Finalmente, el servicio prestado por BMI fue eficaz pues cumplió con el objetivo para el que fue contratado, esto es, financiar las prestaciones sanitarias prestadas al menor F.S.Z.S. luego de producirse la Incapacidad, dándole acceso a tratamientos médicos de primer nivel, hasta el monto contratado. No se podría decir que el Accionante no fue informado sobre los servicios contratados, pues es el Contrato indica en forma clara el Límite Máximo por Incapacidad aplicable al plan, la definición precisa de Incapacidad y las demás condiciones aplicables. De hecho, los términos del Contrato son tan claros que la SCVS, la ACCESS y los jueces que dictaron las sentencias en la acción de protección concluyeron -en forma unánime- que no se podían financiar montos superiores a los contratados.

E. A través de la facultad de revisión de sentencias la Corte Constitucional no podría desconocer ni modificar los términos de un contrato de medicina prepagada celebrado entre particulares.

66. Por otro lado, es importante que la Corte Constitucional considere la naturaleza jurídica de las compañías de medicina prepagada y la forma en que estas funcionan, a fin de que no le queden dudas de que la imposibilidad de dar cobertura a una incapacidad por encima del límite máximo contratado, en cumplimiento a los términos de un Contrato, no constituye una violación de derechos constitucionales.

67. Las compañías de medicina prepagada tienen por objeto financiar, de conformidad con los términos de un plan libremente contratado, las prestaciones sanitarias que requieren sus titulares y dependientes frente a un infortunio de salud. La medicina prepagada ofrece a las personas la posibilidad de acceder a hospitales, especialistas y tratamientos médicos de primer nivel, mediante el financiamiento de prestaciones previamente acordadas en un plan determinado, sin el cual el acceso sería sumamente difícil u oneroso.

68. La contratación de un plan de medicina prepagada permite a las personas complementar su cobertura de salud y prever ciertos riesgos financieros de que se presente una enfermedad. A pesar de estos beneficios, la contratación de un plan no puede garantizar al titular que una vez acaecida una incapacidad la compañía otorgará financiamiento ilimitado, salvo que ese sea el acuerdo expreso de las partes. Las compañías de medicina prepagada no podrían existir en un sistema en el que pretendan ser equiparadas al Estado o a sus entidades de aseguramiento social, obligándoseles a financiar en forma ilimitada las prestaciones de servicios de salud, pues funcionan bajo una lógica distinta.

69. A diferencia del Estado que debe prestar a las personas servicios de salud mediante un sistema de salud público universal, gratuito, obligatorio, y financiado por el presupuesto general, las compañías de medicina prepagada son personas jurídicas de derecho privado que se crean con fundamento en los derechos a la libertad de empresa y libertad de contratación reconocidos en el artículo 66 numerales 15 y 16 de la Constitución. Los contratos de medicina prepagada celebrados al amparo de la autonomía de la voluntad y la normativa vigente se rigen bajo el principio *pacta sunt servanda*. Este principio esencial, fundamentado en la seguridad jurídica, impide la modificación arbitraria de situaciones preexistentes, en este caso, de contratos suscritos libremente entre particulares.

70. El principio *pacta sunt servanda* es uno de los pilares del ordenamiento jurídico, toda vez que constituye el fundamento para que los sujetos puedan darse sus propias reglas de conducta. Así también, otorga la confianza a la sociedad en general de que se cumplirá

aquello que se conviene libre y conscientemente. Este principio trascendental formula los postulados de que *“los pactos se celebran para cumplirlos”* y *“los compromisos asumidos no puede eludirse ni desconocerse”*.³⁵ Cuando las partes suscriben un contrato de medicina prepagada, adquieren derechos y obligaciones específicas, y asumen determinados riesgos, los cuales no pueden eludirse ni desconocerse, ni siquiera en el ámbito constitucional.

71. La persona que contrata un plan de medicina prepagada paga una prima y, en contraprestación, la compañía se obliga a brindar el financiamiento de las prestaciones sanitarias establecidas en un plan específico, el cual contiene un listado de gastos médicos cubiertos, condiciones generales y particulares, y límites máximos pactados por cada incapacidad. Desde ese momento, la compañía asume el riesgo de otorgar el financiamiento de salud del titular y de los dependientes hasta el monto máximo contratado, en caso de presentarse una incapacidad. No obstante, el titular asume el riesgo de cubrir los costos de las atenciones médicas que excedan el monto máximo contratado.

72. Los acuerdos alcanzados por las partes en un contrato y sus asunciones de riesgos no pueden ser modificadas en un litigio constitucional. El hecho de que una compañía otorgue cobertura a un beneficiario de un plan hasta el límite máximo anual contratado, en ningún caso puede entenderse como una violación de derechos constitucionales. Los derechos a la vida y salud no pueden verse vulnerados por la actuación de una compañía que ha cumplido íntegramente sus obligaciones de financiamiento de prestaciones sanitarias, en cumplimiento de los términos de un contrato libremente celebrado.

24

73. La Constitución de la República del Ecuador manda en su artículo 52 que *“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”*. En efecto, la Constitución garantiza la libertad contractual de los privados para que suscriban los contratos que ellos consideran beneficiosos a sus intereses.

74. Mientras estos contratos no sean ilegales, engañosos, o estén viciados, no existe razón alguna como para que el Estado entre a modificar la voluntad de los contratantes. Esto provocaría una intromisión arbitraria de las Cortes en la libertad privada de las personas, así como también causaría una clara violación a la seguridad jurídica del país. La Constitución concibe a la seguridad jurídica no solo como un principio, sino como un

³⁵ Pablo Rodríguez Grez, Pacta sunt servanda, Universidad del Desarrollo, Revista Actualidad Jurídica N° 18 - Julio 2008.

derecho de rango constitucional. Esto tiene sentido al advertir que su observancia es indispensable “*para el cumplimiento de todos los derechos fundamentales*”³⁶.

75. Más aún, este derecho tiene otra dimensión relativa a la “*certeza que tiene el individuo de la permanencia de su situación jurídica*” y que la misma no podrá ser modificada por procedimientos que no hayan sido establecidos de manera clara y previa. La jurisprudencia constitucional ha insistido en que la seguridad jurídica comporta un ambiente de previsibilidad de la actuación de autoridades incluidos los jueces, por lo que se “*excluye la posibilidad de modificación arbitraria de situaciones jurídicas preexistentes*”³⁷. En este sentido la Corte Suprema de Justicia, citando a Claro Solar, señala:

De modo, pues, que al decir el Art. 1545 que el contrato es ley para los contratantes, se dirige al mismo tiempo al Juez; desde que, suscitándose cualquiera controversia entre los contratantes referente a la ejecución del contrato, es el Juez el llamado a procurar como autoridad pública, el cumplimiento de las obligaciones tales como en el contrato fueron establecidas. El Juez no puede alterar las obligaciones que el contrato establece, si pudiera hacerlo, fundándose en la equidad, desaparecería la confianza en la fuerza de las convenciones³⁸ (Énfasis añadido).

25

76. Es preciso tomar en cuenta que además los contratos de seguros de salud y medicina prepagada son revisados y aprobados por la ACCESS y la SCVS de conformidad con el art. 17 y 18 de la LRCSPAM. Justamente, este mecanismo de revisión garantiza que las cláusulas que se incluyan en los contratos sean disposiciones justas y claras. Más aún, no existe nada ilegal ni prohibido ni injusto respecto de fijar un límite de cobertura. Al contrario, se trata de una práctica común en el sistema de la medicina prepagada y de los seguros privados.

77. Precisamente, el formato del contrato celebrado por el Accionante y BMI fue aprobado por la ACCESS el 20 de diciembre de 2017. Asimismo, la SCVS, entidad que regula a BMI, a través del Oficio No. SCVS – IRQ – DRS – SCTSR – 2018 – 00082644 – O aprobó bajo el formato de contrato celebrado entre las partes. Por ello, si bien son contratos de adhesión, estos contratos son intensamente regulados y revisados por las autoridades competentes, por lo que se garantiza la protección de los derechos de los usuarios, más aún cuando los requisitos para su aprobación se encuentran en la ley fueron revisados y

³⁶ José López Oliva, “La consagración del principio de seguridad jurídica como consecuencia de la Revolución Francesa de 1789”, Revista Prolegómeno: Derechos y Valores 28 (julio-diciembre 2011): 121, <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3849989>, 123.

³⁷ Sentencia Nº 016-10-SEP-CC, Corte Constitucional de transición de Ecuador, 28 de mayo de 2010.

³⁸ Corte Suprema de Justicia, Compañía Importadora y Distribuidora New Yorker de Guayaquil S.A. en contra de Procter & Gamble Interamericas Inc., 5 de octubre de 1999.

discutidos por la Función Legislativa, y su constitucionalidad fue confirmada por la Corte Constitucional³⁹.

F. Si la Corte resuelve que BMI estaba obligada a financiar un monto mayor al contratado, desconociendo los términos del Contrato, se afectará sustancialmente el funcionamiento de la industria de medicina prepagada.

78. El Contrato suscrito entre el Accionante y BMI incluía claramente una cláusula en la que se determinaba el límite máximo de cobertura por incapacidad. Este límite máximo no responde simplemente a un número arbitrario o sin fundamento. Al contrario, este límite corresponde al valor específico que permite a las compañías de salud prepagada y de seguros de asistencia médica funcionar, ser sostenibles y permitir el acceso al servicio de seguros y medicina prepagada a la mayor cantidad de ecuatorianos.

79. Por ello, una ampliación arbitraria y antitécnica de aquel límite provocaría el colapso del sistema privado de salud prepagada y seguros debido a la ruptura del sistema contractual que rige a la medicina prepagada, como se explicará a continuación.

80. Los sistemas de salud prepagada y de seguros de salud calculan el precio de sus primas de riesgo con base en la edad y sexo de cada asegurado, así como también con base en los términos estadísticos de frecuencia y coste medio de los servicios médicos y sanitarios, el estado de salud del asegurado, el nivel de protección del plan, entre otras.

26

81. Respecto del criterio de nivel de protección de seguro, no cabe duda de que una prima de seguro que permita acceder a un plan con un límite de USD \$50.000,00 será menor que la prima de un seguro cuya cobertura es mayor o ilimitada. Esto se debe a que ambos ejemplos comportan dos servicios completamente diferentes y cuyos riesgos han sido diligente y razonablemente calculados por las compañías de seguros y medicina prepagada. Si un usuario representa mayor riesgo y su cobertura es ilimitada, entonces es natural que su prima sea también mayor. De ninguna otra manera sería posible que una compañía pueda financiar los pagos a sus proveedores (médicos, servicios hospitalarios, etc).

82. Precisamente, para que una compañía de seguros y medicina prepagada pueda mantenerse en operaciones es necesario que mantenga una buena salud financiera, lo cual se traduce, entre otras cosas, en tener mayor cantidad de recursos líquidos respecto a sus obligaciones a corto plazo⁴⁰. De esta manera se asegura que las compañías posean los

³⁹ Corte Constitucional del Ecuador. Sentencia No. 75-16-IN/21.

⁴⁰ Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, Estudio Sectorial: Panorama del Mercado de Seguros en Ecuador: 2015—2018. https://investigacionyestudios.supercias.gob.ec/wp-content/uploads/2019/08/Panorama-del-Mercado-de-Seguros-en-Ecuador-2015-2018_FINAL.pdf

recursos necesarios para abarcar sus deudas a corto plazo. En este mismo sentido, mientras mayores sean los ingresos obtenidos por las compañías, mayores serán los riesgos que se comprometen a cubrir, y que deberían ser respaldados por su patrimonio⁴¹. Así se mantiene la seguridad y previsibilidad del mercado.

83. Sin embargo, si la Corte súbitamente decide modificar este sistema y ordena que no exista límite de cobertura a pesar del valor de la prima pagada por el usuario, el equilibrio del mercado sería totalmente afectado. Más aún si se toma en cuenta que los costos de siniestros del segmento de seguros de asistencia médica van en una tendencia de incremento. De hecho, la SCVS informó que los costos de siniestros del segmento de seguros de asistencia médica incrementaron en 49% entre el 2015 y el 2018. Por lo tanto, cubrir los gastos médicos es cada vez más caro, por lo que pretender una cobertura ilimitada, sin el correlativo precio de las primas, sería insostenible.

84. Por otro lado, es importante puntualizar que las compañías de salud prepagada y de seguros de asistencia médica están obligadas por ley a mantener, en todo tiempo, requerimientos de solvencia, sobre la base de patrimonio técnico, inversiones obligatorias, así como reservas técnicas constituidas y contabilizadas, las cuales comprenden reservas de servicios prestados y no reportados, reservas de servicios prestados y reportados; y, las demás que determine la SCVS, de conformidad con el artículo 10 de la LRCSPAM⁴².

27

85. Como consecuencia de lo anterior, si la Corte Constitucional decide hacer que las coberturas sean ilimitadas, entonces todas las compañías de seguros y medicina prepagada deberán utilizar más fondos para cumplir con las reservas de ley, a pesar de que las compañías no cuenten con los ingresos correspondientes a las primas. Justamente, las compañías deberían reservar fondos para los servicios prestados y no reportados, así como los reportados. Por tanto, las compañías tendrían un aumento elevado de las reclamaciones de los servicios reportados y no reportados, cuyos montos deberán mantener en reserva aunque no los reciban directamente del cobro de las primas.

⁴¹ Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, Estudio Sectorial: Panorama del Mercado de Seguros en Ecuador: 2015—2018. https://investigacionyestudios.supercias.gob.ec/wp-content/uploads/2019/08/Panorama-del-Mercado-de-Seguros-en-Ecuador-2015-2018_FINAL.pdf

⁴² LRCSPAM Art. 10.- *Regímenes de solvencia, patrimonio, reservas técnicas y provisiones. (...) a.- Reservas de servicios prestados y no reportados.- Corresponde al monto reservado en el balance de las compañías para cumplir con el costo último total estimado de atender todas las reclamaciones derivadas de los eventos que habiendo ocurrido hasta el final del balance mensual o cierre de ejercicio económico, no han sido avisados. Adicionalmente, esta reserva debe incluir los ajustes de reserva derivados de eventos ocurridos y no reportados.*
b.- Reservas de servicios prestados y reportados.- Es el monto reservado para cumplir con el costo último total estimado de atender todas las reclamaciones de los servicios que han incurrido y han sido reportados.

86. Adicionalmente, la Corte Constitucional debe tomar en cuenta el contexto económico actual al momento de analizar la viabilidad de la ampliación ilimitada de la cobertura de los seguros. En Ecuador, el dinamismo del sector asegurador al igual que en la mayoría de los países mantiene un comportamiento procíclico, es decir, su crecimiento está relacionado al crecimiento de la economía⁴³. Por lo tanto, actualmente las compañías ya se encuentran enfrentando un duro golpe pues debido a la crisis económica causada por la pandemia, la demanda de seguros ha disminuido enormemente. Esto ya provoca una inestabilidad grave para las compañías, por lo que un golpe más sería devastador para la industria.

87. Ahora bien, en vista de todo lo analizado, la única opción viable para las compañías de seguros y medicina prepagada si la Corte extiende ilimitadamente la cobertura o, la aumenta en determinados casos, sería subir los precios de las primas para poder contrarrestar los costos que se generaría por la decisión de la Corte. Si bien esta opción buscaría evitar el derrumbe de todas las compañías, inevitablemente causaría también un desequilibrio y una inequidad en el acceso a los servicios de salud en el país.

88. En efecto, debido a la situación económica por la que atraviesan las familias ecuatorianas, es poco probable que las familias puedan aguantar un alza de las primas como consecuencia de una modificación del sistema por parte de la Corte Constitucional. Esto significaría que si bien se pretendió lograr un *“beneficio”* aparente para las personas en situación de vulnerabilidad (quienes sí están amparadas bajo la normativa actual), lo que realmente sucedería es que muchas personas dejarían de tener el poder económico para acceder a los servicios de seguros de salud y de medicina prepagada.

89. En consecuencia, una decisión de la Corte Constitucional en la que amplía o elimina el límite de la cobertura de los seguros de salud podría causar un efecto de inequidad e inaccesibilidad de estos servicios a una gran parte de la población. Así, muchos otros menores de edad o personas con enfermedades catastróficas estarían excluidas de los sistemas de salud privada y estaría obligadas a acudir por tratamiento al sistema de salud pública, el cual ya se encuentra saturado.

90. No cabe duda de que es lamentable lo sucedido con el menor de edad F.S.Z.S. y comprendemos los esfuerzos de la Corte Constitucional en tratar de ayudar a las personas con doble situación de vulnerabilidad. Sin embargo, sería nocivo que en este intento se termine causando un daño mayor debido a la falta de información y análisis de las múltiples

⁴³ Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, Estudio Sectorial: Panorama del Mercado de Seguros en Ecuador: 2015—2018. https://investigacionyestudios.supercias.gob.ec/wp-content/uploads/2019/08/Panorama-del-Mercado-de-Seguros-en-Ecuador-2015-2018_FINAL.pdf

aristas que están involucradas en el sistema de medicina prepagada. Es por ello que la Corte no puede simplemente disponer una cobertura por fuera de los términos contractuales, ya que esto alteraría las bases jurídicas y económicas rigen a esta industria.

III
SOLICITUD

91. Por lo expuesto, solicito atentamente que la Sala de Revisión acepte este escrito de *amicus curiae* y se tomen en cuenta los argumentos expresados al momento de resolver. Adicionalmente, de conformidad con el artículo 12 de la LOGJCC, solicito que se sirvan recibirme en audiencia pública, a fin de poder exponer de forma verbal mis argumentos.

IV
NOTIFICACIONES

92. Seguiré recibiendo notificaciones en la casilla constitucional 238 y en los correos electrónicos raspiazu@cee.org.ec, notificaciones@pbplaw.com, eulloa@pbplaw.com, dortiz@pbplaw.com y aorellana@pbplaw.com

29

Pablo Rodrigo Albuja Espinosa
Director Ejecutivo

Edgar Ulloa Balladares
Mat. 17-2006-33 CJ

José David Ortiz Custodio
Mat. 17-2010-532 CJ

Adriana Orellana Ubidia
Mat. 17-2015-1580 CJ

