Suplemento del Registro Oficial No. 984 , 13 de Abril 2017

Normativa: Vigente

Última Reforma: No reformado

REGLAMENTO A LA LEY ORGÁNICA QUE REGULA A LAS COMPAÑÍAS QUE FINANCIEN SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PREPAGADA Y A LAS DE SEGUROS QUE OFERTEN COBERTURA DE SEGUROS DE ASISTENCIA MÉDICA

(Decreto No. 1355)

Rafael Correa Delgado
PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPÚBLICA

Considerando:

Que la Constitución de la República del Ecuador en su artículo 3 numeral 1, atribuye como deber primordial del Estado, garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en ella y en los instrumentos internacionales, en particular la salud;

Que la Carta Magna, en el artículo 32 dispone que: *"La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.* ";

Que la Norma Suprema, en el artículo 361 ordena al Estado ejercer la rectoría del Sistema Nacional de Salud a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, siendo responsable de formular la política nacional de salud y de normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector;

Que la Ley Orgánica de Incentivos Tributarios para varios Sectores Productivos e Interpretativa del artículo 547 del Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización, en su artículo 2 dispone que las instituciones de la Red Pública Integral de Salud podrán reconocer hasta los montos establecidos en el tarifario emitido por la Autoridad Sanitaria Nacional, los gastos que sus afiliados o usuarios deban pagar por concepto de excedente no cubierto por las compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada o de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia

médica, siempre que se haya efectuado la prestación en un establecimiento de salud privado debidamente calificado o acreditado de conformidad a lo definido en la norma técnica establecida para el efecto. El referido pago se podrá realizar siempre que se efectúe la respectiva derivación debidamente autorizada por la institución de la Red Pública Integral de Salud, y previa revisión de la pertinencia técnica médica y de facturación;

Que en el Suplemento del Registro Oficial número 863 de 17 de octubre de 2016, se expidió 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, cuya Disposición Transitoria Primera establece que el Presidente de la República dictará el Reglamento a la Ley; y,

En ejercicio de las facultades establecidas en el artículo 147, numeral 13 de la de la Constitución de la República, expide el siguiente

REGLAMENTO A LA LEY ORGÁNICA QUE REGULA A LAS COMPAÑÍAS QUE FINANCIEN SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PREPAGADA Y A LAS DE SEGUROS QUE OFERTEN COBERTURA DE SEGUROS DE ASISTENCIA MÉDICA

Capítulo I
GENERALIDADES

Art. 1.- Objeto.- El presente reglamento tiene por objeto normar la aplicación 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, así como la autorización y aprobación de planes y contratos, y los procedimientos generales para efectuar la reclamación que se genere por atenciones médicas efectuadas en las instituciones pertenecientes a la Red Pública Integral de Salud y en la Red Privada Complementaria, siempre que haya mediado la respectiva derivación, a personas titulares o beneficiarías de Salud Prepagada y de Seguros de Asistencia Médica, y, la correcta aplicación de las competencias otorgadas por la ley a los organismos de control.

Art. 2.- Ámbito.- Las disposiciones de este Reglamento rigen para las actividades de las compañías determinadas 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, y su relación con la Red Pública Integral de Salud.

Capítulo II
REQUISITOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LAS COMPAÑÍAS QUE FINANCIEN SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PREPAGADA Y DE LAS DE SEGUROS QUE OFREZCAN COBERTURA DE SEGUROS DE ASISTENCIA MÉDICA

Art. 3.- Prestación de servicios.- Las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, y las de seguros que ofrezcan cobertura de asistencia médica que asuman directa o indirectamente o acepten y cedan riesgos en materia de salud, podrán ofertar estos servicios solamente a través de terceros prestadores de servicios de salud,

debidamente habilitados por la Autoridad Sanitaria Nacional, previo el cumplimiento de los requisitos establecidos para el efecto; correspondiéndoles a dichas compañías efectuar controles periódicos con el fin de verificar que los prestadores contratados en modalidades cerradas y mixtas cumplan con las obligaciones requeridas para mantener su habilitación.

La prestación de servicios de salud deberá estar fundamentada en medicina basada en evidencia y en la oferta y tecnología sanitarias aprobadas y disponibles en el país o en el exterior; de acuerdo al plan contratado, con la cobertura prevista en la Ley de la materia y de conformidad a la normativa vigente y aquella que emita para el efecto la Autoridad Sanitaria Nacional.

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, podrá expedir normativa con el propósito de aplicar principios de transparencia, de responsabilidad social, y para la operatividad de un buen gobierno corporativo, que deberán observar las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada.

Art. 4.- Constitución y aumento de capital.- El capital suscrito y pagado para la constitución de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada deberá ser aportado exclusivamente en numerario.

Los aumentos de capital de las referidas compañías podrán pagarse exclusivamente en:

a) Numerario;

b) Por compensación de créditos, siempre y cuando éstos correspondan a obligaciones con origen en dinero previamente entregado a la compañía; o,

c) Capitalización de recursos patrimoniales.

Art. 5.- Requisitos para la emisión de la autorización de funcionamiento.- Las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, una vez que se encuentren incorporadas al registro de sociedades de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros deberán presentar su solicitud de autorización de funcionamiento ante la referida Institución, acompañada de la siguiente información:

1.- Certificación bancaria que acredite la conformación del capital suscrito y pagado.

2.- Certificación de cumplimiento de lineamientos de planes sanitarios para los planes y programas a ofertarse, emitida por la Autoridad Sanitaria nacional.

3.- Estudio de factibilidad.

4.- Plan de negocios.

Las compañías de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, en cuanto a la autorización para su funcionamiento, se regirán por lo dispuesto en el Código

Orgánico Monetario Financiero, sus reglamentos, resoluciones de los organismos de control y demás normativa vigente.

Art. 6.- Suspensión de funcionamiento.- La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros podrá suspender de forma motivada la autorización de funcionamiento en los casos en que las compañías controladas no cumplan los requisitos establecidos por la Ley y este reglamento; sin perjuicio de entrar en liquidación forzosa por imposibilidad de cumplir su objeto.

La suspensión de autorización de funcionamiento inhabilita a la compañía a comercializar nuevos planes o programas. Los planes vigentes, deberán ser cumplidos hasta su terminación.

Si se subsanan las causas que motivaron la suspensión, la Superintendencia podrá revocar la suspensión.

Capítulo III
PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y CAUTELA DE DERECHOS

Art. 7.- Financiamiento de servicios de salud.- Las compañías normadas por 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, deberán estar en la capacidad financiera de cubrir los costos, o de asumir o ceder los riesgos de los servicios de salud y prestaciones sanitarias, determinados en el artículo 15 de dicha Ley.

Para el efecto, podrán ofertar una o más de las coberturas referidas, en uno o varios planes.

Cuando los titulares o beneficiarios de Salud Prepagada y de Seguros de Asistencia Médica reciban atenciones médicas efectuadas en las instituciones pertenecientes a la Red Pública Integral de Salud o en la Red Privada Complementaria, las compañías determinadas en el artículo 2 de la referida Ley deberán provisionar los valores planillados por dichos prestadores de salud, a partir de la fecha de notificación de la prestación.

Art. 8.- Intermediación de contratos.- Únicamente para el caso de las compañías o personas jurídicas que se dediquen a la intermediación u oferta de servicios de atención de salud prepagada o seguros de asistencia médica, y que en razón de su naturaleza jurídica o su objeto social, sean distintas a las reguladas en la Ley, será necesaria la obtención de la credencial y el certificado de autorización para operar en el ramo de asistencia médica otorgado por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, para gestionar y colocar contratos de atención de salud prepagada.

Art. 9.- Alcance de los servicios de salud y prestaciones sanitarias.- Los servicios de salud y prestaciones sanitarias estipulados en los contratos se sujetarán a los ámbitos establecidos en la Ley, con las siguientes consideraciones específicas:

a.- El detalle, el alcance de las prestaciones cubiertas y la frecuencia de uso, se especificarán en la propuesta de planes y se justificarán en las correspondientes notas técnicas que

deberán ser presentadas ante la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, previo a la aprobación de los planes.

b.- Las prestaciones de prevención de la enfermedad sea ésta primaria, secundaria o terciaria, se brindarán conforme los lineamientos que dicte la Autoridad Sanitaria Nacional para el efecto.

c- La atención de embarazo deberá incluir: embarazos normales, de riesgo o complicados, controles prenatales, emergencias obstétricas, aborto no punible y sus complicaciones, partos vaginales o por cesárea, con recién nacido a término, pre término o post término; complicaciones que se presentaren antes, durante y después del parto y alumbramiento, atención del recién nacido a término, pre término o post término, con atención en neonatología, atención perinatal, de manera integral y con asistencia de especialistas; atención en la unidad de cuidados intensivos y otros eventos que pudieren presentarse, tanto para la madre como para el recién nacido a término, pre término o post término, para lo cual se emplearán todos los procedimientos médicos necesarios, a fin de preservar la salud de la unidad madre - hijo.

d.- La atención al recién nacido incluirá la cobertura de patologías congénitas, genéticas o hereditarias.

e.- Los recién nacidos recibirán cobertura para eventos perinatales siempre que el titular o beneficiario cuente con un plan para cobertura de embarazo; para el efecto se deberá notificar a la compañía que financie servicios de atención integral de salud prepagada o de seguros que ofrezca cobertura de seguros de asistencia médica, hasta la semana doce de embarazo.

f.- Las enfermedades psiquiátricas de base orgánica se determinarán conforme la descripción de los trastornos mentales orgánicos, establecidos en Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, DSM por sus siglas en inglés, vigente.

La Autoridad Sanitaria Nacional podrá ampliar las coberturas previstas en el artículo 15 de la Ley, por razones de política pública, en materia de salud.

Art. 10.- Liquidación.- Para la liquidación de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, se estará a lo dispuesto en la Ley de Compañías, al capítulo XII, del libro III, del Código Orgánico Monetario y Financiero, así como a lo establecido en el Título XIV, del libro II de la Codificación de Resoluciones de la Superintendencia de Bancos y seguros y de la Junta Bancaria, en lo que sea aplicable.

Art. 11.- Responsabilidad Subsidiaria.- La corresponsabilidad civil y administrativa establecida en el artículo 37 de la Ley, operará en los casos en los que se evidencie que las compañías reguladas por dicha Ley no hayan cumplido con su obligación de realizar los controles periódicos, a los prestadores de servicios de salud elegidos, de conformidad con las regulaciones que expida la Autoridad Sanitaria Nacional.

Capítulo IV
DE LAS NOTAS TÉCNICAS, PLANES, MODALIDADES Y CONTRATOS

Sección I
DE LAS NOTAS TÉCNICAS PARA PLANES Y PROGRAMAS DE SALUD PREPAGADA

Art. 12.- Tarifa de cuotas.- La tarifa de cuotas es el resultado de la aplicación del principio de utilización de información estadística siniestral que cumpla exigencias de homogeneidad y representatividad, y deberá estar respaldada por la nota técnica.

Art. 13.- Autorización previa.- Tanto las tarifas de cuotas como las notas técnicas requerirán autorización previa por parte de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para ponerlas en vigor, debiendo cumplir con los requisitos del presente capítulo.

Art. 14.- Consideraciones de las notas técnicas.- Las tarifas de las cuotas deben observar que las cuotas y el riesgo asociado presenten una correlación positiva de acuerdo con las condiciones objetivas del riesgo, esto es, conforme al producto ofertado en cada tipo de plan; y, deben aglutinar el costo del riesgo y los costos de operación, tales como gastos de adquisición, administración y redistribución de riesgos, además de una utilidad razonable.

Las cuotas a las que hace referencia la presente normativa, comprenden a cuotas anualizadas, es decir, corresponden a un periodo de doce meses.

Art. 15.- Bases técnicas.- Las cuotas se sustentarán en cálculos actuariales basados en las tablas de morbilidad. Las bases técnicas de los planes de salud prepagada deberán contener los criterios de selección de riesgos que haya decidido aplicar cada entidad, determinando su modalidad, temporalidad, grupos, entre otros; las edades de admisión, período de carencia, copago, supuestos de exigencia de reconocimiento médico previo, número de personas para la aplicación de las tarifas de cuotas de los planes colectivos o de grupo y módulo de fijación de valores de cobertura en estos planes.

Art. 16.- Contenido y vigencia de las notas técnicas.- La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros emitirá la normativa correspondiente al contenido, elaboración y aprobación de notas técnicas. Asimismo establecerá la vigencia de estas.

Art. 17.- Prohibiciones respecto de las notas técnicas.- Las compañías de salud prepagada tienen prohibido utilizar tarifas de cuotas y notas técnicas que no cuenten con autorización de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, así como no acatar las observaciones o instrucciones realizadas a las tarifas de cuotas y notas técnicas por parte de la Superintendencia, en la forma y plazos instruidos por este Organismo de control.

Sección II
DE LAS NOTAS TÉCNICAS PARA SEGUROS DE ASISTENCIA MÉDICA

Art. 18.- Notas técnicas para seguros de asistencia médica.- Las compañías de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, en cuanto a notas técnicas, se regirán a lo dispuesto en el Código Orgánico Monetario Financiero, y demás normativa aplicable al Sistema del Seguro Privado.

Sección III
DE LOS PROGRAMAS, PLANES Y MODALIDADES

Art. 19.- Requisitos formales.- Los planes y programas no contendrán términos ambiguos, ambivalentes o que puedan conducir a equívocos. La información que reciba el consumidor sobre los planes y programas deberá incluir el contrato tipo aplicable a cada plan o programa y sus anexos, aprobados por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros respecto de las condiciones comunes y generales, y de la Autoridad Sanitaria Nacional respecto de las condiciones de carácter sanitario.

Art. 20.- Obligación de verificación.- Las prestaciones sanitarias o coberturas de seguros de asistencia médica de modalidad abierta podrán realizarse por cualquier prestador de servicios de salud que cuente con la autorización para funcionar otorgada por la Autoridad Sanitaria Nacional.

Si las compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros de asistencia médica observaren que el prestador de servicios de salud, en cualquiera de las modalidades, no cuenta con la autorización para funcionar expedida por la Autoridad Sanitaria Nacional, deberán notificar a esta última, para que tome las medidas correspondientes. La falta de autorización a estos prestadores de servicios, no será causal para la negativa de cobertura.

Sección IV
DE LOS CONTRATOS

Art. 21.- Contratos traducidos a Idiomas Ancestrales.- Los contratos que se celebren al amparo de la Ley deberán ser traducidos a los idiomas ancestrales oficiales, únicamente cuando el usuario lo solicite expresamente y deberán ser suscritos en un plazo máximo de 15 días, de acuerdo a la decisión que adopten las partes.

Las compañías que financian servicios de salud prepagada y cobertura de seguros de asistencia médica deberán notificar de dicha traducción al organismo de control, con la certificación de un traductor acreditado. La suscripción del contrato podrá realizarse previo a la notificación.

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

Art. 22.- Aprobación de condiciones.- La Autoridad Sanitaria Nacional aprobará exclusivamente las condiciones de carácter sanitario de los contratos, planes y programas ofertados por las compañías reguladas por la Ley.

La Autoridad Sanitaria Nacional conferirá un certificado de conformidad, el cual constituye un requisito para la aprobación por parte de la Superintendencia de Compañías Valores y Seguros de los planes, programas y modalidades para la prestación de los servicios de atención integral de salud preparada y de cobertura de seguros de asistencia médica, previo a su comercialización.

Art. 23.- Preexistencias.- Se considerará preexistente cualquier enfermedad, patología o condición de salud, que haya sido conocida por el usuario, beneficiario, afiliado, dependiente o asegurado y diagnosticada médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato o a la incorporación del beneficiario.

El monto máximo de cobertura anual se aplicará para todas las enfermedades preexistentes declaradas por el usuario, beneficiario, afiliado, dependiente o asegurado del contrato.

Art. 24.- Terminación anticipada de contratos.- La terminación anticipada de los contratos se sujetará a lo dispuesto en el artículo 31 de la Ley. Para la suspensión de las coberturas contratadas a la que hace referencia dicho artículo, las compañías notificarán por escrito al contratante, usuario, beneficiario o solicitante, que se encuentre en mora. Las compañías podrán suspender las coberturas hasta cuando se produzca el pago de las cuotas adeudadas.

Art. 25.- Restablecimiento de vigencia de los contratos.- En el restablecimiento de la vigencia de los contratos al que se refiere el artículo 32 de la Ley, será necesario el pago de las cuotas o primas por el lapso comprendido entre la terminación y el restablecimiento.

Capítulo V
DE LA SUSTANCIACIÓN DE RECLAMOS EN EL ÁMBITO ADMINISTRATIVO

Art. 26.- Reporte de prestación.- Las compañías que financien servicios integrales de salud prepagada deberán expresar su aceptación o negativa de cubrir las prestaciones en el término cinco (5) días a partir de la presentación de la solicitud del usuario debidamente documentada. Vencido este término sin contestación de la compañía se reputará como negativa de la cobertura y se procederá de conformidad a lo establecido en el artículo 39 de la Ley.

Los usuarios del servicio deberán expresar su aceptación o rechazo respecto a la queja de incumplimiento contractual propuesta por la compañía que financia servicios integrales de salud prepagada, en el término de 5 días. La no contestación se reputará negativa pura y simple de las alegaciones y se continuará con el trámite previsto en el artículo 39 de la ley.

Art. 27.- Reclamo en sede administrativa respecto a salud prepagada.- Los reclamos y solicitudes que sobre la aplicación y cumplimiento de los contratos de atención integral de salud prepagada fueren planteados por las partes contratantes, se sustanciarán exclusivamente ante la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros observando el procedimiento previsto por el Capítulo VI de la Ley, denominado Procedimiento para la Sustanciación de Reclamos en el Ámbito Administrativo. Para los efectos, los usuarios deberán presentar la documentación necesaria que acredite el agotamiento del procedimiento establecido en el artículo 39 inciso primero de la Ley.

Art. 28.- Reclamos Administrativos respecto a Seguros de Salud.- 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 disposiciones de la Ley.

Art. 29.- Dictamen de la Autoridad Sanitaria Nacional.- 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.

El dictamen de la Autoridad Sanitaria Nacional solo podrá ser impugnado dentro de la resolución que en base a este emita la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, a través del recurso de apelación al que se refiere el artículo 42 de la Ley.

DISPOSICIONES GENERALES

Primera.- Cada institución de la Red Pública Integral de Salud, será la responsable de enviar la documentación a las empresas de salud prepagada o de seguro privado, para el pago de las prestaciones de salud brindadas a sus usuarios, hasta el monto de la cobertura contratada y demás condiciones pactadas, a través del sistema informático destinado para el efecto por la Autoridad Sanitaria Nacional y conforme lo establecido en la normativa expedida por dicha Autoridad.

Segunda.- La Autoridad Sanitaria Nacional para efectos de los procesos de pago, establecerá los requerimientos que deberán cumplir las empresas de salud prepagada o de seguros privados, respecto al envío de información y/o documentación y según los tiempos y la frecuencia que esta considere pertinente, suficiente y necesaria para el cumplimiento de las disposiciones de la Ley y este Reglamento.

Tercera.- La realización de operaciones de cesión de riesgos celebradas por las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y las potestades de control y supervisión respecto de estas, a cargo de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, se asimilarán al régimen de reaseguros de conformidad a lo establecido en el Capítulo IV, del libro III del Código Orgánico Monetario y Financiero, en concordancia con el capítulo noveno del Reglamento a la Ley General de Seguros y el Título VII, del libro II, de la Codificación de Resoluciones de la Superintendencia de Bancos y Seguros y de la Junta Bancaria, en lo que fuera aplicable. Las compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada, serán consideradas como cedentes.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Primera.- En el plazo de hasta 120 días contados a partir de la publicación de este Reglamento en el Registro Oficial, la Autoridad Sanitaria Nacional implementará un sistema informático que permita a las compañías determinadas 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, actualicen su información mensual, hasta los cinco primeros días del mes siguiente.

Segunda.- La Autoridad Sanitaria Nacional, en el plazo de hasta ciento veinte días contados a partir de la publicación de este Reglamento en el Registro Oficial, expedirá la normativa necesaria para determinar los procedimientos, mecanismos y sistemas que, de manera progresiva y en consideración a su capacidad de pago, se requiera para efectuar la determinación de los montos que las empresas de salud prepagada o de seguro privado deban cancelar a las instituciones de la Red Pública Integral de Salud, de conformidad a lo

dispuesto en la Disposición General Quinta 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.

Tercera.- Se reconocen las autorizaciones de funcionamiento que se encuentren en vigor, para efectos de lo establecido en el artículo 11 de la Ley. A partir del 17 de abril de 2017, únicamente la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, podrá expedir tal autorización con arreglo al artículo 5 de este Reglamento.

Asimismo, se reconocen los planes, programas y contratos, notas técnicas y tarifas que se encuentren en vigor, aprobadas conforme a la legislación y regulaciones anteriores, hasta que la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros regule los mecanismos de aprobación de notas técnicas, tarifas y contratos, con base en los lineamientos sanitarios que remita la Autoridad Sanitaria Nacional, sin perjuicio de las cláusulas que por ley se entienden incorporadas en aquellos contratos, así como de la facultad de supervisión de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, y de los correctivos que disponga con el fin de que los servicios se ajusten a la normativa vigente.

Los proyectos de planes, programas y contratos, que se presenten a la Superintendencia para su aprobación hasta el 16 de abril 2017, podrán ser utilizados por las compañías para su comercialización, sin perjuicio de las modificaciones que el órgano de control disponga con posterioridad, de las condiciones que por ley en ellos se entienden incorporadas y de los lineamientos sanitarios que remita la Autoridad Sanitaria Nacional. La impugnación a las modificaciones que se dispongan, y a los lineamientos sanitarios, no suspenderán su inmediata aplicación.

Las notas técnicas y tarifas actualmente vigentes podrán ser modificadas de acuerdo a la regulación que expida la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros con arreglo a la competencia contemplada en el artículo 17 número 3 de la Ley.

Cuarta.- Los aumentos de capital establecidos en la disposición transitoria tercera de la Ley, deberán realizarse exclusivamente en numerario y deberán estar totalmente pagados hasta el vencimiento del plazo establecido en la Ley, caso contrario se suspenderá su autorización de funcionamiento.

Quinta.- Para la aplicación de la disposición transitoria novena de la Ley, en lo que se refiere específicamente a los períodos de carencia que se encuentran discurriendo en virtud de una preexistencia que hubiere sido oportunamente declarada por el usuario, se continuarán computando estos períodos al momento de entrar en vigencia la Ley, manteniéndose sin embargo, el régimen bajo el cual los contratos fueron celebrados hasta su terminación, de tal forma que las disposiciones de la Ley solo se aplicarán a partir de la renovación de los contratos.

DISPOSICIÓN FINAL

El presente Reglamento entrará en vigencia, a partir de su publicación en el Registro Oficial.

Dado en el Palacio Nacional, en Quito a, 6 de abril de 2017.

FUENTES DE LA PRESENTE EDICIÓN DEL REGLAMENTO A LA LEY ORGÁNICA QUE REGULA A LAS COMPAÑÍAS QUE FINANCIEN SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PREPAGADA Y A LAS DE SEGUROS QUE OFERTEN COBERTURA DE SEGUROS DE ASISTENCIA MÉDICA

1.- Decreto 1355 (Suplemento del Registro Oficial 984, 13-IV-2017).