

Resolución Nro. JPRF-M-2025-0147

LA JUNTA DE POLÍTICA Y REGULACIÓN FINANCIERA

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 82 de la Constitución de la República del Ecuador prescribe que el derecho a la seguridad jurídica se fundamenta en el respeto a la Constitución y en la existencia de normas jurídicas previas, claras, públicas y aplicadas por las autoridades competentes;

Que, el artículo 226 de la Norma Fundamental preceptúa que las instituciones del Estado, sus organismos, dependencias, las servidoras o servidores públicos y las personas que actúen en virtud de una potestad estatal ejercerán solamente las competencias y facultades que les sean atribuidas en la Constitución y la ley; teniendo el deber de coordinar acciones para el cumplimiento de sus fines y hacer efectivo el goce y ejercicio de los derechos reconocidos en la Constitución;

Que, el artículo 227 de la Carta Magna establece que la administración pública constituye un servicio a la colectividad que se rige por los principios de eficacia, eficiencia, calidad, jerarquía, desconcentración, descentralización, coordinación, participación, planificación, transparencia y evaluación;

Que, el artículo 13 del Código Orgánico Monetario y Financiero, Libro I, reformado a partir de la promulgación de la Ley Orgánica Reformatoria al Código Orgánico Monetario y Financiero para la Defensa de la Dolarización, creó la Junta de Política y Regulación Financiera, parte de la Función Ejecutiva, como una persona jurídica de derecho público, con autonomía administrativa, financiera y operativa, responsable de la formulación de la política y regulación crediticia, financiera, de valores, seguros y servicios de atención integral de salud prepagada;

Que, el artículo 14 *ibidem*, Libro I, en sus números 1, 2 y 3, determina que, dentro del ámbito de la Junta de Política y Regulación Financiera, le corresponde formular la política de servicios de atención integral de salud prepagada; así como, emitir las regulaciones que permitan mantener la integralidad, solidez, sostenibilidad y estabilidad de los servicios de atención integral de salud prepagada; y, expedir las regulaciones micro prudenciales para los servicios de atención integral de salud prepagada, con base en propuestas presentadas por las respectivas superintendencias, dentro de sus respectivos ámbitos de competencia y sin perjuicio de su independencia; estableciendo que, para el cumplimiento de estas funciones, la referida Junta expedirá las normas en las materias propias de su competencia, sin que pueda alterar las disposiciones legales; pudiendo emitir normativa por segmentos, actividades económicas y otros criterios;

Que, el Código Orgánico Monetario y Financiero, Libro I, en su artículo 14.1, prescribe que, para el desempeño de sus funciones, la Junta de Política y Regulación Financiera tiene que cumplir ciertos deberes y ejercer determinadas facultades; entre los que constan los señalados en sus números 1, 7 y 27, que son: regular la creación, constitución, organización, actividades, operación y liquidación de las entidades de servicios de atención integral de salud prepagada; emitir el marco regulatorio prudencial al que deben sujetarse las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, marco que deberá ser coherente y no dar lugar a arbitraje regulatorio; y, ejercer las demás funciones, deberes y facultades que le asigne el citado Código y la ley;

Que, el artículo 1 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, señala que dicha ley tiene como objeto normar la constitución y funcionamiento de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada; regular, vigilar y controlar la prestación de dichos servicios para garantizar el ejercicio pleno de los derechos de los usuarios; fijar las facultades y atribuciones para establecer y aprobar el contenido de los planes y contratos de atención integral de salud prepagada y de seguros en materia de asistencia médica; así

como determinar la competencia para la aplicación del régimen sancionador y la solución de controversias;

Que, de conformidad con lo señalado en el artículo 2 *ibidem*, 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 es aplicable a todas las actividades que desarrollen, en cumplimiento de su objeto social, las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada;

Que, el artículo 3 de la antes señalada Ley Orgánica, determina como principios rectores para la aplicación de dicha ley, los de legalidad, juridicidad, inclusión, equidad, precaución, igualdad, no discriminación, sostenibilidad, bioética, gradualidad, suficiencia, eficiencia, eficacia, transparencia, oportunidad, calidad, calidez, libre competencia, responsabilidad y participación;

Que, el artículo 10 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, al referirse a los regímenes de solvencia, patrimonio, reservas técnicas y provisiones, prescribe que las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada deben mantener, en todo tiempo, requerimientos de solvencia, sobre la base de patrimonio técnico, inversiones obligatorias, así como reservas técnicas constituidas y contabilizadas, calculadas por actuarios calificados, que comprenderán: reservas de servicios prestados y no reportados, reservas de servicios prestados y reportados; y, las demás que determine la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros;

Que, el artículo 17 de la citada Ley Orgánica señala, en sus números 1 y 8, que la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, respecto de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, tendrá, entre otras, las facultades de vigilancia y control societario, financiero y contractual no sanitario, de conformidad con lo establecido en la Ley de Compañías, Código Orgánico Monetario Financiero, la propia 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 los reglamentos, resoluciones y más normativa vigente; así como, las demás facultades previstas en la Ley;

Que, la Disposición General Primera 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, dispone que la Junta de Política y Regulación Financiera, prevista en el Código Orgánico Monetario y Financiero, tendrá facultad para emitir regulaciones aplicables a las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, de carácter económico, financiero y contable; y, en relación a la metodología y forma de cálculo de las reservas técnicas, establecidas por dicha Ley y a las que determinare la Superintendencia de Compañías, al tenor de lo previsto en el artículo 10 de la citada Ley Orgánica, tomando en cuenta obligatoriamente sus características y especificidades;

Que, la Disposición General Vigésima Novena del Código Orgánico Monetario y Financiero, Libro I, prescribe: “*En la legislación vigente en la que se hace mención a la “Junta de Política y Regulación Monetaria y Financiera”, reemplácese por “Junta de Política y Regulación Financiera”.*”;

Que, la Disposición Transitoria Quincuagésima Cuarta del Código previamente mencionado determina el régimen transitorio de resoluciones de la Codificación de la Junta de Política y Regulación Monetaria y Financiera, estableciendo que: “*(...) Las resoluciones que constan en la Codificación de Resoluciones Monetarias, Financieras, de Valores y Seguros de la Junta de Política*

y Regulación Monetaria y Financiera y las normas emitidas por los organismos de control, mantendrán su vigencia hasta que la Junta de Política y Regulación Monetaria y la Junta de Política y Regulación Financiera resuelvan lo que corresponda, en el ámbito de sus competencias.”;

Que, el artículo 15 del Código Orgánico Administrativo, en referencia al principio de responsabilidad, prevé que el Estado responderá por los daños como consecuencia de la falta o deficiencia en la prestación de los servicios públicos o las acciones u omisiones de sus servidores públicos o los sujetos de derechos privado que actúan en ejercicio de una potestad pública por delegación del Estado y de sus dependientes, controlados o contratistas, siendo el Estado quien hará efectiva la responsabilidad de la o el servidor público por actos u omisiones dolosos o culposos, señalando que ningún servidor público está exento de responsabilidad;

Que, el antepenúltimo párrafo del artículo 14.1 *ibidem* determina que el Superintendente de Compañías, Valores y Seguros puede proponer proyectos de regulación para consideración de la Junta de Política y Regulación Financiera, con el respaldo de los respectivos informes técnicos;

Que, mediante Oficio No. SCVS-INS-2023-00053498-O de 30 de junio de 2023, el Superintendente de Compañías, Valores y Seguros presentó a la Junta de Política y Regulación Financiera una propuesta de norma referente a inversiones obligatorias para las empresas que financien servicios de atención integral de salud prepagada”. Para el efecto, adjuntó el “**INFORME TÉCNICO DEL PROYECTO DE NORMATIVA DE INVERSIONES OBLIGATORIAS PARA LAS EMPRESAS QUE FINANCIEN SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PREPAGADA**”, sin fecha, emitido por la Intendencia Nacional de Seguros del referido organismo de control, así como, el proyecto de resolución correspondiente;

Que, la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros mediante Oficio No. SCVS-INS-2025-00023175-O de 25 de marzo de 2025, remitió para consideración y análisis de la Junta el Informe Técnico sobre el proyecto de “**NORMA DE INVERSIONES PARA LAS COMPAÑÍAS QUE FINANCIEN SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PREPAGADA**”, junto con una propuesta de norma ajustada, así como, observaciones y sugerencias adicionales para el proyecto de norma enviado previamente por la Junta de Política y Regulación Financiera;

Que, el Secretario Técnico de la Junta de Política y Regulación Financiera, a través del Memorando Nro. JPRF-ST-2025-0021-M de 04 de abril de 2025, remite a la Presidente de la Junta el Informe Técnico Nro. JPRF-CTIFSP-2025-0002 de 04 de abril de 2025, emitido por la Coordinación Técnica de Política de Inclusión Financiera y Salud Prepagada; así como el Informe Jurídico Nro. JPRF-CJF-2025-010 de 04 de abril de 2025, emitido por la Coordinación Jurídica de Política y Normas Financieras de esta Junta, así como el proyecto de resolución respectivo;

Que, la Junta de Política y Regulación Financiera, en sesión ordinaria realizada por medios tecnológicos, convocada el 04 de abril de 2025 y llevada a cabo a través de video conferencia el 09 de abril de 2025, conoció el Memorando Nro. JPRF-ST-2025-0021-M de 04 de abril de 2025, emitido por el Secretario Técnico de la Junta; así como los precitados Informe Técnico Nro. JPRF-CTIFSP-2025-0002 e Informe Jurídico Nro. JPRF-CJF-2025-010, además del proyecto de resolución correspondiente;

Que, la Junta de Política y Regulación Financiera, en sesión ordinaria realizada por medios tecnológicos, convocada el 04 de abril de 2025 y llevada a cabo a través de video conferencia el 09 de abril de 2025, conoció y aprobó la siguiente Resolución; y,

En ejercicio de sus funciones,

RESUELVE:

ARTÍCULO ÚNICO.- Incorporárase como Capítulo III del Título VII “Normas de Prudencia Técnica de las Compañías que Financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada”, Libro III “Sistema de Seguros Privados” de la Codificación de Resoluciones Monetarias, Financieras, de Valores y Seguros, el siguiente texto:

“CAPÍTULO III: NORMA DE INVERSIONES OBLIGATORIAS PARA LAS COMPAÑÍAS QUE FINANCIEN SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PREPAGADA

SECCIÓN I: OBJETO, ÁMBITO Y DEFINICIONES

Art. 1.- Objeto y ámbito.- La presente norma será aplicable a las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 10 y la Disposición General Primera 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.

Art. 2.- Definiciones.- Para los efectos de la presente norma, se entenderá por:

- a. *Calce de plazo.- Realizar inversiones asegurando el calce entre las reservas técnicas y los activos que las respaldan. Los flujos provenientes de dichas inversiones deberán estructurarse de manera que guarden concordancia en plazo, monto y liquidez con las obligaciones futuras estimadas, derivadas de planes de servicios de atención integral de salud prepagada emitidos; el calce técnico deberá evaluarse con una periodicidad mensual.*
- b. *Disponible.- Efectivo o equivalente a efectivo con el que cuenta la compañía que financie servicios de atención integral de salud prepagada para satisfacer compromisos u obligaciones de pago inmediato.*
- c. *Inversión obligatoria.- Es el monto que deben invertir las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada para respaldar la totalidad de sus reservas técnicas y poder cumplir con las obligaciones derivadas de los contratos.*
- d. *Deficiencia de inversiones.- Es la diferencia entre la inversión obligatoria versus la inversión admitida, efectuada por las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, siempre que la admitida sea menor que la obligatoria.*
- e. *Inversión en renta fija.- Es aquella cuyo rendimiento no depende de los resultados de la compañía emisora, sino que está predeterminado en el momento de la emisión y es aceptado por las partes.*
- f. *Inversión admitida.- Es la suma de las inversiones de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, reconocida como respaldo de las reservas técnicas, que cumplen con los lineamientos establecidos en esta norma.*
- g. *Organismo Multilateral.- Es una institución financiera constituida mediante tratados entre Estados soberanos con el objetivo principal de promover la cooperación económica, la intermediación financiera, la provisión de financiamiento para el desarrollo, la estabilidad monetaria o la asistencia financiera multilateral.*

- h. *Organismo Supranacional.- Es una entidad constituida mediante tratados internacionales, dotada de competencia expresa sobre consideraciones financieras soberanas, a la que los Estados miembros le han cedido la facultad de adoptar decisiones y emitir regulaciones con carácter vinculante en materia económica o financiera, las cuales prevalecen sobre las normativas nacionales en los ámbitos de su competencia.*
- i. *Riesgo sistémico.- Es el conjunto de circunstancias que amenazan la estabilidad del sistema financiero nacional, pudiendo desencadenar un efecto de contagio a los partícipes del sistema financiero, generando pérdidas de valor económico o de confianza, aumentando la incertidumbre sobre el sistema financiero en su conjunto y/o generando efectos adversos en la economía real.*

SECCIÓN II: GESTIÓN DE INVERSIONES OBLIGATORIAS

Art. 3.- Gestión de inversiones obligatorias.- La junta general de accionistas de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, deberá incorporar dentro de sus estatutos las siguientes funciones:

- 1. *La aprobación de la conformación del comité de calificación de inversiones, y,*
- 2. *La aprobación de políticas y procedimientos para la gestión de inversiones obligatorias.*
- 3. *La instancia de aprobación de las inversiones en el marco de las políticas y procedimientos establecidos.*

Art. 4.- Comité de calificación de inversiones.- La integración del comité de calificación de inversiones deberá ser consistente con la naturaleza, complejidad y volumen de los negocios de la compañía que financie servicios de atención integral de salud prepagada y estará conformado por:

- 1. *Un delegado del órgano de administración correspondiente, que actuará como presidente del comité y tendrá el voto dirimente;*
- 2. *El representante legal de la compañía; y,*
- 3. *El funcionario de mayor rango responsable de la revisión de los riesgos de la compañía.*

El gerente financiero o tesorero, o quien haga sus veces, participará obligatoriamente en el comité de calificación de inversiones, con voz informativa, sin tener derecho a voto.

Art. 5.- Funcionamiento del comité de calificación de inversiones.- Es responsabilidad del comité de calificación de inversiones, el monitorear que las inversiones de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada sean realizadas con sujeción a los principios de seguridad, liquidez, diversificación y rentabilidad, de conformidad con las políticas del órgano de administración correspondiente, las disposiciones de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros y la presente norma.

El comité de calificación de inversiones sesionará por lo menos una (1) vez al mes, de cuyas sesiones se levantará un acta, que estará a disposición de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros en sus visitas in situ.

El representante legal de la compañía que financie servicios de atención integral de salud prepagada remitirá a la entidad de control las resoluciones adoptadas, conocidas y aprobadas por la junta general de accionistas o el organismo colegiado de cada compañía, en un plazo máximo de ocho (8) días contados a partir de la fecha de la sesión.

Art. 6.- Deberes y atribuciones del comité de calificación de inversiones.- El comité de calificación de inversiones tendrá los siguientes deberes y atribuciones:

1. *Proponer para aprobación por parte del órgano de administración correspondiente, las políticas, metodologías de evaluación, parámetros, límites, indicadores y demás controles necesarios para mitigar los riesgos inherentes a la administración del portafolio de las entidades;*
2. *Diseñar programas y mecanismos de inversión de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada;*
3. *Evaluuar la estructura del portafolio de inversiones y su rendimiento, de tal manera que sea adecuado al perfil de riesgo de la entidad;*
4. *Evaluuar con periodicidad mensual el calce de plazo de la compañía;*
5. *Tomar conocimiento y recomendar la aprobación de los formularios a ser remitidos a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros referentes a inversiones obligatorias y calce de plazos, y remitirlos para consideración del órgano de administración correspondiente; y,*
6. *Recomendar medidas correctivas en caso de que las estrategias, políticas, procesos, metodologías y procedimientos así lo requieran.*

El comité de calificación de inversiones deberá tomar en cuenta las recomendaciones emitidas por la unidad de auditoría interna y los auditores externos, en caso de existirlos, los que deberán realizar las verificaciones necesarias para determinar la adecuada clasificación, valoración y registro contable de las inversiones; así como el cumplimiento de los criterios establecidos en las políticas y procedimientos para la gestión de inversiones.

Art. 7.- Políticas y procedimientos para la gestión de inversiones obligatorias.- Las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, deberán contar con políticas y procedimientos de inversiones obligatorias, aprobados por el órgano de administración correspondiente, con la definición de los criterios, límites y responsabilidades, en cumplimiento de los principios de seguridad, liquidez, diversificación y rentabilidad, en ese orden.

Las políticas y procedimientos deberán considerar:

- a. *Criterios aplicables para identificar, evaluar, controlar y monitorear el nivel de riesgo de las inversiones;*
- b. *Límites adecuados para mitigar el riesgo de las inversiones por emisor, por tipo de valor y otros criterios considerando lo dispuesto en la presente norma, las políticas internas y las que, para el efecto, defina el organismo de control;*
- c. *Parámetros para la selección de las inversiones y evaluación periódica del nivel de riesgo, acorde con las disposiciones establecidas en la presente norma;*
- d. *Acciones que deberán considerar en la administración del portafolio para mitigar o controlar los niveles de riesgo, cuando éstos superen los umbrales definidos como aceptables por la compañía; y,*
- e. *Mecanismos de validación mensual del cumplimiento de los lineamientos para la administración del portafolio de inversiones obligatorias establecidos en la presente norma.*

Art. 8.- Inversiones obligatorias.- Las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada deben invertir el cien por ciento (100%) de sus reservas técnicas bajo los lineamientos detallados en los artículos siguientes.

Art. 9.- Lineamientos para la administración del portafolio de inversiones obligatorias.- Las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada deberán realizar las inversiones obligatorias considerando al menos los siguientes parámetros:

1. *Seguridad:*

a. *Los instrumentos de inversión corresponderán a emisores que cumplan con las siguientes características:*

- (i) *Los emisores públicos y privados nacionales deberán contar con una calificación de riesgo efectuada por empresas calificadoras de riesgo autorizadas por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, igual o superior a AA+. Los valores emitidos por el Ministerio de Finanzas o el Banco Central del Ecuador están exentos de la calificación de riesgo;*
- (ii) *Las entidades del Sistema Financiero Nacional deberán contar con una calificación de riesgo igual o superior a AA+.*
- (iii) *Cuando se trate de Gobiernos soberanos y Bancos Centrales, los países deberán contar con una calificación mínima de "AA" del país, otorgada por las agencias internacionales de riesgos Standard & Poor's, Fitch Ratings o Moody's Investors Service.*

En caso de que uno de los países mantenga dos o más calificaciones de riesgo soberano por parte de las agencias internacionales de riesgo, se considerará la calificación más conservadora.

Se exceptúa de la calificación de riesgo a los organismos supranacionales y multilaterales.

Las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada deberán mantener evidencia documentada de que estos títulos sean debidamente intermediados y custodiados por entidades calificadas para el efecto por la Reserva Federal de Estados Unidos de América o de la Comisión Europea; y, que estas inversiones le corresponden a la compañía que financie servicios de atención integral de salud prepagada.

b. *Las inversiones se realizarán exclusivamente en instrumentos representados en dólares de los Estados Unidos de América.*

2. *Liquidez:*

a. *Liquidez mínima: Las inversiones obligatorias que realicen las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada deberán realizarse en instrumentos financieros que puedan convertirse rápidamente en efectivo sin perder significativamente su valor de mercado, lo cual sea consistente con los plazos de exigibilidad de las obligaciones.*

- b. *Plazos: Los títulos o valores que forman parte de las inversiones obligatorias deberán guardar una estructura de calce de plazos con las obligaciones, a fin de asegurar un adecuado flujo de recursos, de manera que guarden concordancia en plazo, monto y liquidez con las obligaciones futuras estimadas, derivadas de los planes de servicios de atención integral de salud prepagada emitidos. El calce técnico deberá evaluarse con una periodicidad mensual.*
- c. *Duración del portafolio: Se deberá definir una duración máxima del portafolio de acuerdo con el modelo de negocio, que deberá asegurar la programación de flujos de fondos.*
3. *Diversificación:*
- a. *Emisores permitidos: Se podrá realizar inversiones, según la normativa legal vigente, en los siguientes emisores:*
- (i) *Entidades del sistema financiero nacional.*
 - (ii) *Emisores privados nacionales.*
 - (iii) *Emisores públicos nacionales.*
 - (iv) *Organismos multilaterales y supranacionales.*
 - (v) *Gobiernos soberanos y Bancos Centrales.*
- b. *Las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada deberán adoptar políticas que permitan una adecuada gestión de riesgos, asegurando la diversificación de los fondos, así como determinando límites máximos de inversión, priorizando la seguridad, liquidez, evitando la concentración, buscando salvaguardar su solidez patrimonial, equilibrio financiero y, resguardando los intereses de los usuarios.*
- c. *Las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada deberán desarrollar metodologías para determinar los niveles de concentración de sus inversiones, considerando aspectos como el volumen y complejidad de sus operaciones. Las metodologías deben estar sustentadas en estudios que permitan evidenciar su validez y aplicabilidad, así como contar con sustentos estadísticos y matemáticos suficientes que demuestren la confiabilidad de los resultados obtenidos y deberán ser aprobadas por el órgano de administración correspondiente de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada.*
- d. *Riesgo sistémico: La diversificación del portafolio debe tomar en cuenta el riesgo sistémico de la economía local.*

4. *Rentabilidad:*

Una vez que se hayan aplicado los principios de seguridad, liquidez y diversificación establecidos, las decisiones de inversión de recursos deberán realizarse buscando niveles adecuados de rentabilidad del portafolio.

Art. 10.- Valores e Instrumentos financieros.- Las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada deberán realizar sus inversiones en los siguientes valores e instrumentos financieros cumpliendo en todo momento con los lineamientos para la administración del portafolio de inversiones obligatorias definidos en la presente norma:

1. *Valores genéricos del giro ordinario del negocio emitidos por instituciones del sistema financiero nacional.*
2. *Cuotas de fondos de inversión o unidades de participación de fondos de inversión.*
3. *Valores emitidos y garantizados por instituciones o entidades del sector público, incluyendo los valores de los gobiernos autónomos descentralizados y empresas públicas; y, en los valores producto de un proceso de titularización cuyo originador o beneficiario pertenezca al sector público, que se encuentren inscritos en el Catastro Público del Mercado de Valores y en la bolsa de valores.*
4. *Papel comercial emitido por sociedades mercantiles sujetas al control de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros e inscritos en el Catastro Público de Mercado de Valores o en el Registro Especial Bursátil (REB).*
5. *Valores provenientes de procesos de titularización de contenido crediticio emitidos por fideicomisos mercantiles originados por sociedades mercantiles, entidades del sistema financiero privado y sistema financiero popular y solidario.*
6. *Títulos de deuda con riesgo soberano emitidos por Gobiernos Soberanos o Bancos Centrales, así como títulos de renta fija emitidos por organismos multilaterales o supranacionales.*

Podrá considerarse para el cumplimiento de lo dispuesto en el presente artículo a los recursos que se mantengan en fondos disponibles en el país, siempre que las compañías los separen contablemente de los recursos del flujo del negocio.

En ningún caso, la participación por emisor en el portafolio de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, del agregado de instrumentos o valores, podrá exceder el quince por ciento (15%) del portafolio.

Art. 11.- Otras inversiones distintas de las obligatorias.- Las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada podrán mantener o efectuar otras inversiones distintas de las reguladas en esta norma, siempre que se hayan cumplido con las inversiones admitidas, y con los parámetros de riesgo establecidos por la entidad, sobre la calidad crediticia del emisor y los niveles de concentración. Las referidas inversiones se considerarán como parte de las inversiones no admitidas.

Art. 12.- Inexistencia de limitaciones al derecho de dominio.- Todas las inversiones, en su totalidad, deben estar libres de limitaciones al derecho de dominio.

Art. 13.- Representación de los valores.- Los valores en que las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada realicen sus inversiones serán desmaterializados con excepción de los valores genéricos emitidos por el sector financiero inscritos en el Catastro Público del Mercado de Valores que podrán ser títulos físicos y los valores que emitan las entidades del sector público que podrán ser físicos, si cuentan con la autorización de la Junta de Política y Regulación Financiera.

SECCIÓN III: PROHIBICIÓN DE INVERSIONES EN VINCULADOS

Art. 14.- Prohibición de inversiones en vinculados.- Las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada no podrán efectuar o adquirir inversiones con personas naturales o jurídicas señaladas como vinculadas por propiedad, administración o parentesco conforme a lo determinado en los artículos siguientes, ni tampoco con compañías prestadoras de servicios de salud con las cuales mantengan relaciones contractuales.

Las inversiones obligatorias a las que hace referencia la presente norma no podrán ser efectuadas o adquiridas, ni intermediadas o administradas, en su caso, por partes vinculadas a las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, a sus accionistas o administradores.

Art. 15.- Vinculación por propiedad.- Para efectos de la presente norma, son personas naturales o jurídicas vinculadas o relacionadas directa o indirectamente con la propiedad de una compañía que financie servicios de atención integral de salud prepagada, las que:

1. *Sean titulares del uno por ciento (1%) o más del capital pagado de la compañía que financie servicios de atención integral de salud prepagada;*
2. *Sean titulares del diez por ciento (10%) o más del capital pagado de una sociedad, y ésta a su vez, sea accionista de la compañía que financie servicios de atención integral de salud prepagada en el uno por ciento (1%) o más del capital pagado; o,*
3. *Son vinculadas por propiedad las sociedades en las que una persona natural vinculada por propiedad con la compañía que financie servicios de atención integral de salud prepagada, sea titular, directa o indirectamente, del veinticinco por ciento (25%) o más del capital de dicha sociedad.*

Art. 16.- Vinculación por administración.- Para efectos de la presente norma, son personas naturales o jurídicas vinculadas o relacionadas directa o indirectamente con la administración de una compañía que financie servicios de atención integral de salud prepagada, las siguientes:

1. *Los administradores directos, es decir, los miembros de la junta de accionistas o del organismo que haga sus veces, principales o suplentes; los representantes legales o apoderados generales de las compañías que financien servicios de administración integral de salud prepagada; y, como funcionarios a aquellas personas que tomen decisiones de autorización de: planes de servicios de atención integral de salud prepagada, inversiones u operaciones contingentes, pago de prestaciones, colocación de cesiones de riesgos y pago de comisiones de intermediarios;*
2. *Se entiende además como vinculados por administración a los administradores directos de una sociedad controladora del grupo empresarial al que pertenece la compañía que financie servicios de atención integral de salud prepagada, así como a las sociedades cuyos directores, principales o suplentes, o los representantes legales o los apoderados generales, sean también administradores directos o funcionarios de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada;*
3. *Adicionalmente, son vinculadas por administración las sociedades en las cuales los administradores directos o funcionarios de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, sean titulares directa o indirectamente de más del tres por ciento (3%) del capital pagado de dichas sociedades.*

Los representantes legales de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada remitirán a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, dentro del término de ocho (8) días contado a partir de la fecha en que se produzcan cambios, la nómina de socios o accionistas con el uno por ciento (1%) o más de participación y de los administradores directos y funcionarios vinculados a que se refiere esta norma.

Art. 17.- Vinculación por parentesco.- Para efectos de la presente norma, son personas naturales o jurídicas vinculadas o relacionadas directa o indirectamente por parentesco con las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, las siguientes:

1. *Los cónyuges, las personas que mantengan unión de hecho o los parientes dentro del segundo grado de consanguinidad o primero de afinidad de los administradores directos, o de los funcionarios de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada;*
2. *Las sociedades en las que el cónyuge, las personas que mantengan unión de hecho o los parientes hasta el segundo grado de consanguinidad o primero de afinidad de los administradores directos o funcionarios de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, sean propietarios de acciones o participaciones que representen el tres por ciento (3%) o más de su capital pagado.*

Art. 18.- Presunción de vinculación.- Se presume que una persona natural o jurídica está vinculada o relacionada con una compañía que financie servicios de atención integral de salud prepagada cuando la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, con base en los análisis efectuados, determine que los plazos, cuotas, inexistencia de contragarantías u otra causa sean diferentes a las que utilicen en operaciones similares con terceros; o, se determine que en la emisión de planes de servicios de atención integral de salud prepagada se concedan tratamientos o condiciones preferenciales, o desproporcionadas respecto del patrimonio o capacidad de pago del beneficiario.

SECCIÓN IV: DEFICIENCIA DE INVERSIONES OBLIGATORIAS

Art. 19.- Obligación de informar deficiencias de inversiones.- El representante legal de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada está obligado a informar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros las deficiencias de inversiones, con las cuales debe respaldar sus reservas técnicas establecidas en el artículo 10 de la Ley Orgánica que Regula las Compañías que Financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que Oferten Coberturas de Seguros de Asistencia Médica, tan pronto sean detectadas, debiendo comunicar dentro de los cinco (5) días término siguientes, los motivos que generaron la deficiencia, las medidas que hubiere adoptado o adoptará para su solución, junto con el acta del órgano de administración correspondiente, en la que se resolvió acerca de este particular.

Art. 20.- Sanciones por incumplimiento de obligación de informar.- En el evento que las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada no cumplieren con la obligación de informar del déficit en inversiones admitidas, señalen una fecha de ocurrencia del déficit distinta a la efectiva o consignaren datos no reales a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, esta última aplicará las sanciones a que hubiere lugar conforme la normativa legal vigente.

Art. 21.- Acciones frente a deficiencias.- En caso de existir déficit en las inversiones obligatorias, la compañía que financie servicios de atención integral de salud prepagada deberá adoptar las medidas tendientes a solucionarlo dentro de un término de hasta cinco (5) días, cuya regularización no deberá superar los treinta (30) días.

Si el déficit persiste luego de cumplido el plazo previsto en el párrafo anterior, sin perjuicio de su regularización y posibles sanciones, la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros en el marco de sus competencias dispondrá a la compañía la aplicación de un programa de regularización de forma inmediata, el cual deberá ser generado por las compañías y remitido al organismo de control en el término de cinco (5) días a partir de su notificación y cuya regularización no deberá superar los treinta (30) días.

En caso de que las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada no remitan a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros el programa de regulación dentro del término previsto en el párrafo anterior, junto con el acta del órgano de administración correspondiente, en la que se resolvió acerca de este particular, el organismo de control en el término de cinco (5) días definirá e informará el programa de regularización a ser aplicado por las compañías.

SECCIÓN V: DISPOSICIONES GENERALES

PRIMERA.- *La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros establecerá un formulario a ser remitido por las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, a fin de validar el cumplimiento de sus inversiones obligatorias.*

SEGUNDA.- *La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros establecerá un reporte a ser remitido por las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, a fin de validar el calce de plazo de sus obligaciones.*

TERCERA.- *La unidad de auditoría interna y los auditores externos deberán realizar anualmente las verificaciones necesarias para determinar el cumplimiento de los criterios establecidos en la presente norma referentes a la gestión de inversiones obligatorias, lo cual deberá constar en su dictamen respectivo con corte al final de cada ejercicio económico.*

CUARTA.- *Los casos de duda en la aplicación de la presente norma, serán resueltos por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.*

QUINTA.- *Las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, en el plazo de tres (3) meses contados desde el 09 de abril de 2025, deberán informar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la composición de sus cuentas de activos diferidos y pasivos diferidos, con corte al cierre del ejercicio económico 2022, 2023, 2024 y de los dos primeros trimestres del año 2025, principalmente con lo relacionado al financiamiento a empresas prestadoras de servicios de salud, así como el impacto que esto genera en su gestión de riesgos de liquidez, en lo relacionado al calce de plazos de sus obligaciones, a partir de lo cual, se deberá continuar remitiendo esta información con periodicidad trimestral, con información desagregada a nivel mensual, con un mes de rezago de finalizado el trimestre de reporte.*

SECCIÓN VI: DISPOSICIONES TRANSITORIAS

PRIMERA.- *La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, en el plazo de un (1) mes contado desde el 09 de abril de 2025, definirá y remitirá el cronograma de aplicación de la presente norma, que permita lograr el cien por ciento (100%) de su aplicación en un plazo máximo de un (1) año.*

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros analizará caso por caso la posibilidad de otorgar plazos adicionales a las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, que luego del plazo previsto en el párrafo anterior no hayan cumplido con la presente norma.

Las disposiciones contenidas en el artículo 21 de la presente norma, referentes a las acciones frente a deficiencias en inversiones obligatorias empezarán a regir a partir de la fecha de cumplimiento del cronograma de aplicación previsto en el primer párrafo de esta disposición.

SEGUNDA.- *Las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada deberán conformar el comité de calificación de inversiones previsto en el artículo 4 de la presente norma, en el plazo de tres (3) meses contados a partir del 09 de abril de 2025, lo cual deberá ser informado a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros junto con el acta de la junta general de accionistas o del organismo colegiado señalado en el estatuto, en la que se resolvió acerca de este particular.*

TERCERA.- *La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, en el plazo de seis (6) meses contados a partir del 09 de abril de 2025, determinará e informará la estructura y el contenido del formulario a ser remitido por las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada relativo a sus inversiones obligatorias; adicionalmente, definirá en el plazo previsto, la periodicidad y forma de entrega de la información por parte de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada.*

CUARTA.- *La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, en un plazo de seis (6) meses contados a partir del 09 de abril de 2025, determinará e informará la metodología, para establecer el calce técnico de reservas, así como la estructura y el contenido de los reportes a ser remitidos por las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada; adicionalmente, definirá en el plazo previsto, la periodicidad y forma de entrega de la información.*

QUINTA.- *Una vez que la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros defina la metodología para el calce técnico de reservas, así como la estructura y el contenido de los reportes determinados en las disposiciones transitorias tercera y cuarta de la presente sección; las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada dispondrán de un plazo de seis (6) meses para su implementación y adaptación operativa, asegurando el cumplimiento de los lineamientos de la presente norma.*

SEXTA.- *La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, en el plazo de tres (3) meses contados desde el 09 de abril de 2025, determinará e informará la cuenta contable a ser utilizada para el registro de fondos disponibles como inversiones obligatorias por parte de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada.*

SÉPTIMA.- *La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, en el plazo de doce (12) meses contados a partir del 09 de abril de 2025, remitirá un reporte consolidado de la información de inversiones obligatorias de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada a la Junta de Política y Regulación Financiera, a partir de lo cual se deberá continuar remitiendo esta información con periodicidad trimestral, con información desagregada a nivel mensual.*

DISPOSICIÓN GENERAL ÚNICA.- La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros comunicará a las entidades controladas respectivas sobre el contenido de la presente Resolución.

DISPOSICIÓN FINAL.- La presente Resolución entrará en vigor a partir de la presente fecha, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial, y se publicará en la página web institucional de la Junta de Política y Regulación Financiera en el término máximo de dos días desde su expedición.

COMUNÍQUESE.- Dada en el Distrito Metropolitano de Quito, el 09 de abril de 2025.

LA PRESIDENTE,

Mgs. María Paulina Vela Zambrano

Proveyó y firmó la Resolución que antecede la magíster María Paulina Vela Zambrano, Presidente de la Junta de Política y Regulación Financiera, en el Distrito Metropolitano de Quito, el 09 de abril de 2025.- **LO CERTIFICO.**

SECRETARIO TÉCNICO,

Mgs. Luis Alfredo Olivares Murillo