



¡ POSGRADOS !

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

RPC-SO-37-No.696-2017

OPCIÓN DE
TITULACIÓN:

ARTÍCULO PROFESIONAL DE ALTO NIVEL

TEMA:

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA
DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y DE LAS COMPAÑÍAS
ASEGURADORAS MÁS GRANDES DEL ECUADOR

AUTOR:

DIEGO ARMANDO PANTOJA CEPEDA

DIRECTOR:

CARLOS ANIBAL SALAZAR VILLEGAS

QUITO - ECUADOR
2020

Autor:



Diego Armando Pantoja Cepeda

Ingeniero Comercial

Candidato a Magíster en Administración de Empresas, Mención en Gestión de Proyectos por la Universidad Politécnica Salesiana – Sede Quito.

diego5216@hotmail.com

Dirigido por:



Carlos Aníbal Salazar Villegas

Doctor en Contabilidad y Auditoría

Magister en Administración Tributaria

Doctor en Ciencias Administrativas

csalazarv@ups.edu.ec

Todos los derechos reservados.

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la Ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra para fines comerciales, sin contar con autorización de los titulares de propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual. Se permite la libre difusión de este texto con fines académicos investigativos por cualquier medio, con la debida notificación a los autores.

DERECHOS RESERVADOS

©2020 Universidad Politécnica Salesiana.

QUITO – ECUADOR – SUDAMÉRICA

PANTOJA CEPEDA DIEGO A.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y LAS COMPAÑÍAS ASEGURADORAS MAS GRANDES DEL ECUADOR

1. Tema

Factores que Influyen en la Sostenibilidad Financiera de la Seguridad Social y de las Compañías Aseguradoras más Grandes del Ecuador

Title

Factors that Influence the Financial Sustainability of Social Security and the Largest Insurance Companies in Ecuador

2. Autor

Diego Armando Pantoja Cepeda

3. Resumen

La medicina prepagada en el Ecuador ha crecido mucho en los últimos años, sin embargo existen leyes, reglamentos y normativas que se desarrollaron en el año 2016 y se aprobaron en octubre de 2017, buscando la regulación de las compañías que ofrecen seguros de salud y asistencia médica. El impacto que tendría esta ley sería en su momento notorio y observable, existiendo una pérdida sustancial de clientes que las aseguradoras decidieron dejar de lado para poder sostener los costos adicionales que implicaría la ley. Mediante un análisis del sector buscamos determinar la sostenibilidad de la red de salud pública y privada, evaluando y estableciendo las principales consecuencias en la aplicación de esta Ley.

Abstract

Prepaid medicine in Ecuador has grown a lot in recent years, however there are laws, rules and regulations that were developed in 2016 and approved in October 2017, seeking to regulate companies that offer health insurance and medical care. The impact that this law would have would be notorious and observable at the time, there being a substantial loss of clients that the insurers decided to leave aside in order to sustain the additional costs that the law would imply. Through an analysis of the sector we seek to determine the sustainability of the public and private health network, evaluating and establishing the main consequences in the application of this law.

4. Palabras Clave

Seguros, medicina prepagada, Ley, economía, salud pública, doble cobertura.

Keywords

Insurance, prepaid medicine, law, economy, public health, double coverage.

5. Introducción y Estado de la Cuestión

Para conocer acerca de la seguridad social debemos remitirnos mucho tiempo atrás para identificar sus inicios. Al producirse la primera revolución industrial, el trabajador se encontraba en el más absoluto desamparo, frente a los riesgos y contingencias sociales, jornadas de trabajo extenuantes, salarios miserables que tenían que aceptar para no morir de hambre, la coalición profesional figuraba en el catálogo de los delitos. La huelga estaba igualmente proscrita. Además, los empleadores no se consideraban obligados a solventar los gastos de enfermedad, accidentes de trabajo, etcétera, por considerar que tales egresos aumentaban los costos de producción. Por consiguiente, los obreros ubicados en tan lamentable situación, teóricamente debían atender con sus magros salarios los riesgos y contingencias sociales, aunque para ello tuvieran que enviar a la fábrica, sus mujeres y a sus hijos menores desde su más tierna infancia. Obviamente, el conjunto de estos aportes resultaba insuficiente para cubrir esos requerimientos. Fue así como, progresivamente, surgieron los sistemas iniciales de protección, como el ahorro privado, la mutualidad, el seguro privado, la responsabilidad civil y la asistencia pública (Nugent, 2006, p. 606).

Como se mencionó, la seguridad social fue creada bajo el principio de solidaridad, donde gracias al aporte monetario de un grupo de personas, se garantiza la protección a enfermedades y accidentes salvaguardando la salud de sus beneficiarios y aportantes.

En el Ecuador la seguridad social tuvo sus orígenes el 8 de marzo del año 1928, en el cual por Decreto Ejecutivo N°18, Dictado por el gobierno del Doctor Isidro Ayora y publicado en el Registro Oficial N° 590 del 13 de marzo del mismo año, nació la "Caja de Pensiones". Finalmente, por decreto, el 2 de julio de 1970 dictado durante el régimen dictatorial del Doctor José María Velasco Ibarra, la Caja Nacional del Seguro Social se transformó en lo que hoy es el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, cuya misión y obligación es brindar protección y asistencia social al trabajador ecuatoriano (Avilés, Efrén, 2020).

En la primera parte hablamos sobre los orígenes de la seguridad social, ahora conoceremos su definición, características y objetivos de la misma.

La seguridad social es la protección que un estado proporciona a los individuos y a sus hogares para asegurar el acceso al servicio de salud y asistencia médica y garantizar la seguridad del ingreso, en particular en caso de vejez, invalidez, maternidad, accidentes de trabajo, desempleo o pérdida del sostén de familia (Alarcon, María, 1999). La seguridad social está definida claramente como un derecho fundamental para las personas, garantizando la atención a todo sus afiliados, aunque no siempre sea de esta forma.

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social es una entidad cuyo funcionamiento y organización se fundamentan en principios de universalidad, obligatoriedad, solidaridad, equidad, subsidiariedad, eficiencia y suficiencia. Se encarga de usar el Sistema del Seguro General Obligatorio que forma parte del Sistema Nacional de Seguridad Social (Columnista, 2015).

En la Ley de Seguridad Social se refleja la obligatoriedad de afiliación una vez que el ciudadano cumpla con una de las características ahí establecidas, por ejemplo, “es trabajador en relación de dependencia el empleado, obrero, servidor público, y toda persona que presta un servicio o ejecuta una obra, mediante un contrato de trabajo o un poder especial o en virtud de un nombramiento” (Ley de Seguridad Social, 2014, p.4), para efectos de la investigación será importante determinar el número de afiliados activos que posee el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social para realizar un análisis de los aportes versus el costo de sus atenciones.

“El estudio actuarial del 2013, auditado por la empresa Volrisk, calculaba que para el 2019 el fondo cerraría con 4.478.136 afiliados.” (González, 2019, párrafo 21).

Sin embargo desde el 2015, tras una resolución de la Superintendencia de Bancos, los informes de sostenibilidad financiera del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) son reservados, estos informes y estudios actuariales reflejan el futuro del sistema de seguridad social, los mismos nos permitirán analizar si los aportes de los afiliados activos podrán sostener a los jubilados y garantizar las prestaciones y los servicios de salud (Proaño, 2018).

El mercado privado de Salud y Medicina Prepagada también existe desde años atrás con el fin de satisfacer necesidades del ser humano en servicios médicos. La salud es importante para la construcción de sociedades prosperas, sin salud las personas no pueden vivir ni mucho menos trabajar. “Inicialmente las culturas que adoptaron estos sistemas fueron la Asiria y Babilonia, posteriormente, en Egipto, Roma y China se desarrollaron en mayor proporción los primeros conceptos y prestación de servicios de este tipo de cobertura médica” (Samaniego, 2018, p.1).

La situación económica del Ecuador en la actualidad, no es muy consoladora, por lo tanto, muchos de los servicios públicos como es el IESS han carecido de recursos para mejorar sus servicios.

En Ecuador las Unidades Médicas de atención pública se encuentran saturadas de usuarios, dicha demanda ha dado paso al incremento de compañías de Medicina Prepagada en los últimos años, en consecuencia, para la regulación del mercado de dichas compañías aparece la reforma a la Ley de Medicina Prepagada en el año 2016 para resguardar insuficiencias presentadas en los productos ofertados por las mismas.

La mencionada Ley se considera antecedente importante al posible impacto de la ley de medicina prepagada en el Ecuador; dado que en su Disposición General Quinta, se establece que las compañías de salud y medicina prepagada deberán reembolsar a las unidades médicas de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) los montos y valores de las atenciones realizadas en sus establecimientos (Ley que Regula Compañías de Salud Prepagada y de Asistencia Médica, 2016).

La medicina prepagada en el Ecuador ha crecido mucho en los últimos años, sin embargo existen normativas que se desarrollaron el pasado 2016 en la cual regulan a este mercado. El impacto de la ley es notorio, observable y existe una pérdida sustancial de clientes que las aseguradoras decidieron dejar de lado para poder sostener los costos adicionales que implican la ley. Mediante un análisis del agente principal y estática comparativa vamos a tratar de demostrar que la ley incurrida por la Asamblea General no es óptima generando costos sociales significativos (Rojas, 2017, pág. 5).

De esta manera y conforme lo establece la Ley, las atenciones realizadas en los establecimientos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social a los afiliados que cuenten con doble cobertura, tendrán que ser reembolsadas a las instituciones públicas, provocando así mismo una cartera por cobrar a dichas instituciones y esperando mejorar su capacidad financiera con dichos pagos, este punto tendrá que ser evaluado en la investigación para determinar el valor aproximado para ser recuperado.

Este trabajo de titulación se considera de gran importancia para el beneficio de los Ecuatorianos, dado que es prioridad contar con un sistema de salud y seguridad social de calidad, pero además, este trabajo pone en evidencia la importancia que representa para el país que se logre una cobertura universal, a través de un modelo financiero sostenible y eficiente, que garantice la seguridad social con atenciones de calidad y fácil acceso.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente se ha planteado analizar los factores y su impacto en la sostenibilidad de la seguridad social y de las compañías aseguradoras más importantes del Ecuador.

Actualmente el sistema de Salud Ecuatoriano pasa por una situación compleja o una eminente quiebra, además de la situación de emergencia provocado por la pandemia este trabajo entrará a valorar a través de la descripción

de los factores del sistema, la responsabilidad y el impacto que estos tienen en el funcionamiento del modelo de salud del país.

El objetivo general del artículo será describir los factores que influyen en la seguridad social, y dentro de la sostenibilidad financiera de las compañías aseguradoras más importantes del Ecuador.

6. Material y Métodos

Este trabajo exploratorio e investigativo utiliza el análisis de información, entrevistas y material bibliográfico que nos permita evidenciar posibles estudios actuariales y financieros actualizados que reflejen la realidad de los agentes demográficos, económicos y sociales del sistema, a su vez revisar el efecto de las leyes que intervienen en el funcionamiento del sistema, que incidencia tienen financieramente, por ejemplo analizar el impacto de la Ley de Medicina Prepagada en el Ecuador y como se beneficia el sistema de salud con la disposición general quinta en la cual se establece el reembolso por atenciones realizadas en instituciones del estado.

Por tal motivo se utiliza una metodología cuantitativa para analizar las actitudes y comportamientos del sector asegurador ecuatoriano, saber cuáles son sus experiencias y reconocer datos importantes que solo podrían aparecer cuando se encuesta con preguntas estructuradas y ya definidas, además nos permite la identificación de nuevos eventos que podrían surgir a la par de la investigación.

Continuando con la investigación y desarrollo del trabajo pasaremos a realizar el análisis en los factores políticos, financieros y sociales más relevantes del sector.

La Ley que regula las compañías de salud y medicina prepagada en su disposición general quinta establece:

Las compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada o de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, deberán cancelar o reembolsar a la institución de la Red Pública Integral de Salud, los montos o valores que por atenciones médicas en sus unidades se hayan efectuado a personas que también sean titulares y/o beneficiarios de seguro privado de salud y/o medicina prepagada, hasta el monto de lo contratado. En el caso de que la prestación se haya efectuado en una institución de salud privada y, siempre que haya mediado la respectiva derivación, las compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada o de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, deberán cancelar al establecimiento de salud privado o reembolsar a la Institución de la red Pública Integral de salud los pagos efectuados por dichas atenciones, hasta el monto de lo contratado (Ley que Regula Compañías de Salud Prepagada y de Asistencia Médica, 2016, p.20).

El primer inciso de la disposición general quinta de la Ley imputa a las compañías de salud y medicina prepagada, el compromiso de reembolsar a la red Pública integral de Salud los costos y valores por las atenciones recibidas en cualquiera de sus unidades médicas a personas que cuenten con un seguro privado o planes de compañías de salud y medicina prepagada. Inclusive, esta norma exige a dichas compañías a reembolsar a la Red Pública Integral de Salud el costo por las atenciones prestadas a sus afiliados o beneficiarios, que hayan sido atendidos previa derivación en los centros médicos privados.

La propuesta de esta Ley es iniciativa de la Asambleísta de los Ríos Pamela Falcón, quien señaló que al 2016 existen 420 mil afiliados en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y que a su vez tienen contrato con una compañía de salud y medicina prepagada. Advierte también que de esta cifra, 112 mil se atendieron en el IESS o en sus prestadores externos, además explicó también que por atenciones dichas atenciones el costo que asumió el IESS fue de \$71 millones de dólares lo que equivaldría a la construcción del hospital de Manta que se está haciendo en este momento de 200 camas, con 4 quirófanos, con terapia intensiva, cuidados neonatales y cardiología (El Telégrafo, 2016).

Es importante mencionar que esta disposición no estaba incluida inicialmente en el proyecto de Ley y llama la atención su inclusión dentro de la misma porque podría considerarse como un mecanismo para financiar al IESS (Ecuador en Vivo, 2016).

Ahora bien, las cifras con las que se consideró la Ley en la Asamblea Nacional en sus primeras instancias, fueron presentadas por la Dirección Actuarial y de Investigación del IESS, en las que se revelaba que la utilidad de las compañías de salud y medicina prepagada era de \$221 millones de dólares al año.

Por lo que la Asociación Ecuatoriana de Empresas de Medicina Integral Prepagada ha rechazado dicho estudio actuarial debido a las inconsistencias, se analizan 17 compañías privadas de salud, pero 9 de ellas no se dedican a eso, son laboratorios y prestan otro tipo de servicios médicos y omiten a 10 empresas que sí se dedican a esta actividad (Edición Médica, 2016).

Adicionalmente, el comunicado señala que el informe determina que las utilidades de estas empresas en 2014 fueron de 221 millones de dólares, "cuando la realidad fue de 12,8 millones".

Subsiguientemente y con la ley ya aprobada e implementada, la Superintendencia de Compañías dio a conocer que la utilidad real media entre los años 2012 y 2015 era de \$12 millones por año (Cabrera, 2017).

Actualmente el mercado asegurador está conformado por 18 empresas aproximadamente, pero para la elaboración de esta investigación se ha considerado trabajar con información de las 5 compañías de salud y

medicina prepagada más representativas en nuestro país (90% total del mercado); Salud S.A, BMI, Ecuasanitas, Humana y Best Doctors, juntas facturaron \$340 millones en 2015 y una utilidad de 19 millones (del Pozo & Calderón, 2017).

Y de acuerdo a datos obtenidos, los afiliados entre estas 5 compañías alcanzan los 800 000 afiliados, con una cuota mensual promedio de entre USD 40 y 60 dólares reciben atención médica privada y se evitan la actual saturación del sistema de salud público (San Matín, 2016).

En este punto nos encontramos con dos posturas diferentes, la primera del sector público en la cual se afirma que en el mercado existen ganancias de \$221 millones de dólares (Según estudio actuarial de IESS) y la segunda es la realidad que muestra el sector privado, afirmando que dicho valor no es utilidad, sino son ingresos en los cuales no se están considerado los gastos administrativos y operacionales, después de restar esos valores tendríamos una estimación de \$19 millones de dólares de utilidad en todo el sector.

Para cubrir los \$71 millones de dólares que le costaron al IESS las atenciones a sus afiliados con doble cobertura en sus unidades médicas, se espera que las compañías de salud y medicina prepagada incrementen las cuotas de sus servicios, ya que de acuerdo al sector privado, la Ley no tiene una seria sustentación financiera ni técnica, por lo que los 70 millones de dólares que deberían cancelar estas empresas a la seguridad social con la nueva ley son insostenibles. “Va a provocar una catástrofe en el seguro social”. Además se sostiene que el subsidio ha sido por parte de las compañías de salud y medicina prepagada, ya que le estarían ahorrando al Estado cerca de \$300 millones de dólares al año por atenciones a sus afiliados, ya que por obligación aportan al IESS (Izurietta, 2016).

Estas decisiones afectan a la cadena de valor del mercado asegurador; clientes, hospitales, aseguradores, entre otros, y los usuarios son los más afectados debido a que el cupo que tiene por cobertura se verá reducido al momento de recibir atención en unidades públicas debido a que la compañía privada deberá reembolsar dichos gastos.

Lo interesante de esta serie de sucesos es que han trascendido casi 4 años de incertidumbre para las compañías de salud y medicina prepagada y por ineficiencia de las autoridades y al no haber cobros de las cuentas que envió el IESS (algunas sin historias clínicas, diagnósticos o facturas) la utilidad de las empresas definitivamente han superado las expectativas.

Todo esto a pesar de que el mercado asegurador a finales del 2016 y principios de 2017 cambió la composición demográfica de los planes corporativos por las cuentas que captaron Humana, BMI y Palig principalmente de Salud S.A, que el 31 de octubre de 2016 tomo la decisión de cancelar todos sus clientes corporativos (Edición Médica, 2017).

La realidad es que hasta presente fecha ninguna autoridad ni institución pública ha realizado el cobro a las compañías privadas en aplicación de la ley, si eso hubiera pasado, en este momento algunas de estas compañías ya no estarían funcionando, afectando al empleo directo de cerca de cinco mil personas que trabajan en el sector y a todo el encadenamiento productivo vinculado al sector de la salud y de seguros, por lo cual se han planteado cambios a la normativa hasta el momento sin aprobación de la Asamblea Nacional (Heredia, 2019).

De acuerdo a lo señalado en la presente investigación se ha decidido elaborar una entrevista a manera de encuesta, considerando la Tabla 1 de variables desarrolladas y aplicadas a las 5 principales compañías de salud privadas.

Tabla 1 Variables aplicadas a la investigación

VARIABLES	INDICADORES	INDICES
Afiliados	# de afiliados	Tasa de afiliación a la seguridad social Población ocupada afiliada Población ocupada total o población activa
Aseguradoras	# de aseguradoras	Ranking de afiliación Nivel de servicio
Proveedores	Tipos	Laboratorios Radiografías
Economía	Actividades económicas	ahorro consumo gasto inversión
Políticas	Políticas que intervienen en el proceso.	Leyes Normativa

		Reglamento
		Siniestralidad
Riesgo	Diagnósticos	Reclamos
		Reembolsos

Elaborado por: Diego Pantoja, 2020

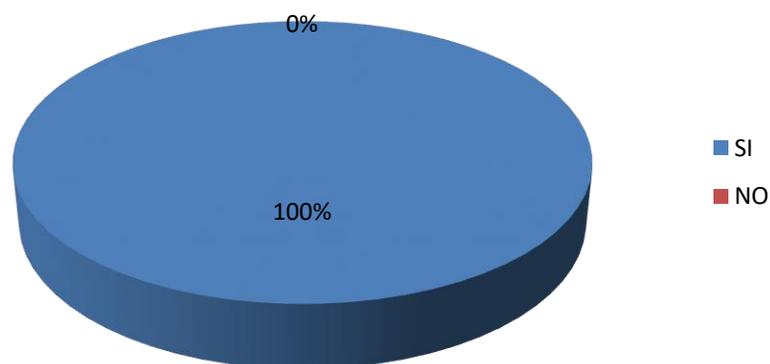
Encuesta realizada a las prestadoras de salud medicina prepagada.

1. La compañía se caracteriza por la atención que brinda a los clientes y por velar por la calidad de sus productos y servicios:
 - a. Si
 - b. No
2. La compañía se caracteriza por preocuparse de que sus empresas proveedoras (prestadores de salud, unidades médicas y laboratorios) también actúen responsablemente frente a las necesidades de sus afiliados:
 - a. Si
 - b. No
3. Qué número de afiliados mantiene actualmente la compañía de salud y medicina prepagada:
 - a. 1000 a 2000
 - b. 2001 a 5000
 - c. 5000 en adelante
4. Considera usted que actualmente es indispensable contar con un seguro de salud y medicina prepaga:
 - a. Si
 - b. No
5. Con las nuevas leyes y normativas implementadas en el sistema de salud y en las compañías de salud y medicina prepagada, considera usted que actualmente obtener un seguro de salud privado es:
 - a. Inversión
 - b. Gasto
6. Que factores usted considera son los que afectan al desarrollo del mercado asegurador:
 - a. Falta de conciencia en el riesgo
 - b. Publicidad
 - c. Ingresos personales
 - d. Desconocimiento en seguros y coberturas
 - e. Otros
7. Considera usted que el mercado asegurador hace parte considerable en la economía del país:
 - a. Si
 - b. No
8. En la compañía que número de afiliados cuenta con doble cobertura (IESS / aseguradora privada)
 - a. 500 a 1000
 - b. 1001 a 2000
 - c. 2000 en adelante
9. Considera que la Ley para regular a la medicina Prepagada, en la cual se pretende trasladar las obligaciones del Estado frente a la sociedad al sector privado se encuentra acorde a los resultados esperados por estas compañías y en función de sus utilidades.
 - a. Si
 - b. No
10. Con esta ley, si soy afiliado al IESS pero también tengo un seguro o medicina prepagada, el IESS le cobraría a mi seguro o medicina prepagada. ¿Qué consecuencias le traería este cobro a la compañía de seguros?
 - a. Incremento en el valor de las primas.
 - b. Aumento en los documentos para el pago de reembolsos y reclamos.
 - c. Pérdida de credibilidad.
 - d. Desaceleración de la actividad asegurador, pérdida de dinamismo en la economía.
 - e. Todas las anteriores.
11. Consideramos que la liquidez hace referencia al efectivo que tenemos para pagar nuestras obligaciones y gastos. Los ingresos por cuotas y primas cobrados a los afiliados actualmente son suficientes para cubrir gastos y obligaciones en:
 - a. 50%
 - b. 70%
 - c. 100%

12. Consideramos que la liquidez hace referencia al efectivo que tenemos para pagar nuestras obligaciones y gastos. Los ingresos por cuotas y primas cobrados a los afiliados aplicando el reembolso al sistema de salud público son suficientes para cubrir gastos y obligaciones en:
- 10%
 - 30%
 - 50%
13. Lo importante de esta ley es que fuerza a las empresas de medicina prepagada a tener reservas y establece un proceso administrativo para presentar reclamos, está usted de acuerdo?
- Si
 - No
14. ¿Qué va a pasar si los asegurados por compañías de salud y medicina prepagada, debido a un notable incremento en el costo de sus contratos de seguros, en lugar de ir a una clínica privada acuden a los hospitales de la Red Pública Integral de Salud, colapsara el sistema público del país?
- Si
 - No
15. Si la Red Pública de Salud es tan buena, ¿por qué existen aproximadamente 900 mil personas que tienen contrato con empresas de salud y medicina prepagada, de las cuales un 45% están afiliadas al IESS?
- Ineficiente servicio en la Red Pública de Salud.
 - El mejoramiento al acceso e infraestructura hospitalaria no garantiza que la atención sea la adecuada por que la falla está en la administración y la atención.
 - Lentitud y fallas en el intercambio de información y materiales entre los diferentes servicios
16. El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social cuenta con la capacidad para realizar la recuperación de valores incurridos por atenciones en la Red Pública Integral, por afiliados que también cuentan con cobertura de seguros de salud y asistencia médica privada.
- Si
 - No
17. Dada la aplicación de la Ley que establece el reembolso a la red pública de salud, en qué proporción se espera que esta se recupere y perdure su sostenibilidad a través del tiempo.
- 0% -50%
 - 51% - 100%

7. Resultados y Análisis

Figura 1 Atención y calidad

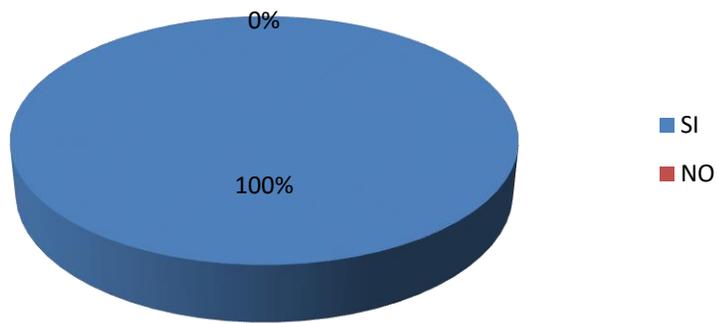


Fuente: Encuesta aseguradoras 2020

Elaborado por: Diego Pantoja 2020

Pregunta 1: El 100% de los encuestados se encuentran satisfechos con la atención y calidad que reflejan los productos y servicios que ofrecen las compañías de salud privadas.

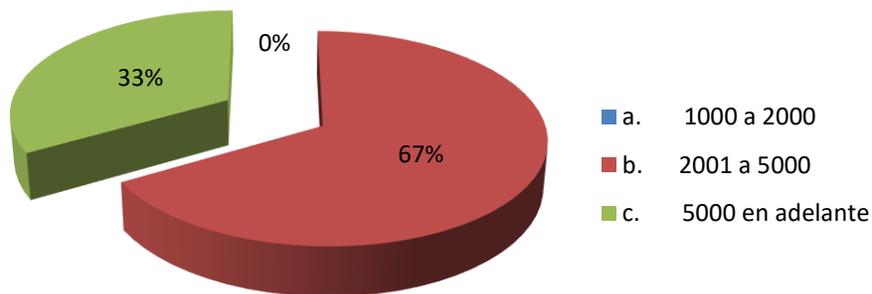
Figura 2 Compromiso de los prestadores



Fuente: Encuesta aseguradoras 2020
Elaborado por: Diego Pantoja 2020

Pregunta 2: El 100% de los encuestados consideran que las compañías aseguradoras se preocupan y exigen mejor servicio por parte de sus redes de prestadores de salud, es importante mencionar que el servicio en algunas de estas empresas se encuentra determinado por niveles, dando variedad a sus afiliados al momento de elegir el proveedor.

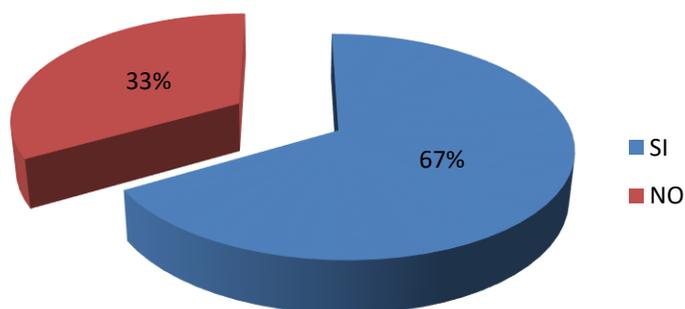
Figura 3 Afiliados



Fuente: Encuesta aseguradoras 2020
Elaborado por: Diego Pantoja 2020

Pregunta 3: Un 67% de compañías aseguradoras mantienen afiliados a menos de 2000 personas, el 33% poseen más de 5000 afiliados con contratos de salud y medicina prepagada. Siendo de esta manera el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social el que mayor carga de afiliados presenta en el sector con 3,1 millones de afiliados.

Figura 4 Importancia de Seguro de Salud

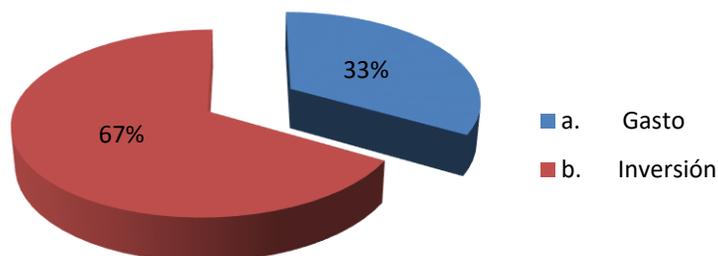


Fuente: Encuesta aseguradoras 2020

Elaborado por: Diego Pantoja 2020

Pregunta: 4 evidenciamos que el 67% de los encuestados consideran al seguro privado como un servicio indispensable en caso de emergencia o riesgo, en cambio el 33% no lo considera indispensable. El seguro de salud lo protege de gastos médicos altos e inesperados. Los afiliados y beneficiarios pagan menos por los cuidados de salud cubiertos dentro de la red de salud.

Figura 5 Gasto, inversión

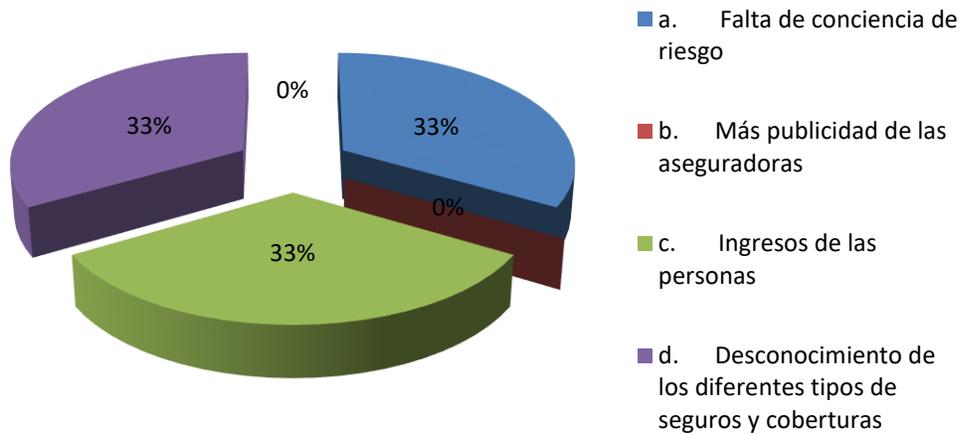


Fuente: Encuesta aseguradoras 2020

Elaborado por: Diego Pantoja 2020

Pregunta 5: Evidenciamos que el 67% de los encuestados consideran al seguro como una inversión para un posible evento de salud o emergencia, mientras el 33% lo considera como un gasto innecesario. A pesar de la situación económica del país las personas consideran importante tener una cobertura adicional, además se considera hechos fortuitos como el que actualmente está atravesando el país.

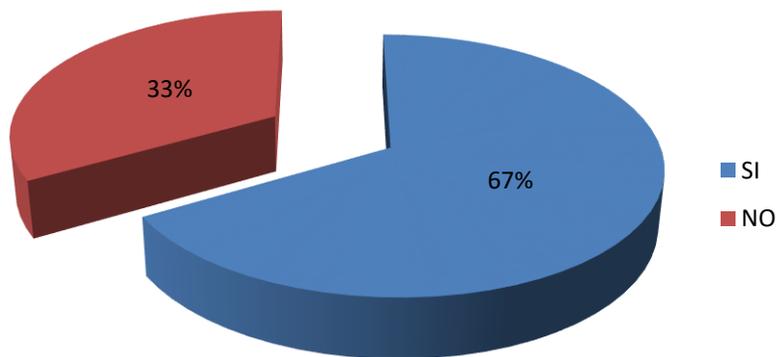
Figura 6 Factores principales



Fuente: Encuesta aseguradoras 2020
Elaborado por: Diego Pantoja 2020

Pregunta 6: Las respuestas se encuentran muy divididas, debido a que los factores que afectan el mercado asegurador son varios y su determinación debería ser analizada bajo más parámetros y consideraciones, sin embargo el desconocimiento, la falta de conciencia y los ingresos de los afiliados perjudican de manera notoria la decisión de participación en este tipo de mercado.

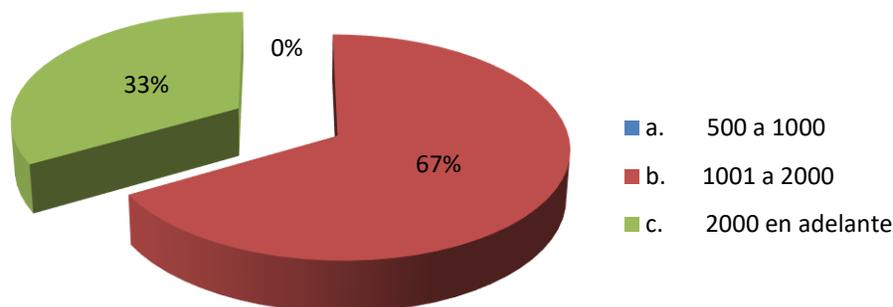
Figura 7 Seguro y economía



Fuente: Encuesta aseguradoras 2020
Elaborado por: Diego Pantoja 2020

Pregunta 7: El 67% de los encuestados indica que el mercado asegurador hace un aporte relevante a la economía del país, sin embargo el 33% no está de acuerdo, dado que existen factores económicos que consideran al seguro como un gasto innecesario y con baja demanda de consumidores en sus productos.

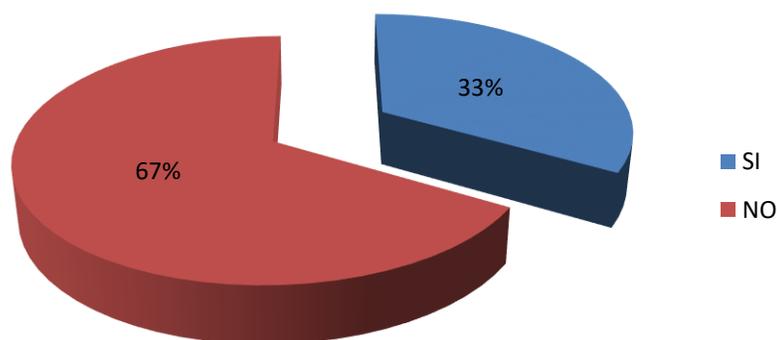
Figura 8 Afiliados con doble cobertura



Fuente: Encuesta aseguradoras 2020
Elaborado por: Diego Pantoja 2020

Pregunta 8: La doble cobertura se presenta cuando un afiliado de la red pública integral (IESS) también tiene cobertura de un seguro de salud privado, en la encuesta el 33% de las compañías mantiene más de 2000 de sus afiliados con doble cobertura, mientras el 67% posee menos de 2000 afiliados. El hecho de mantener afiliados con doble cobertura afecta directamente el gasto de las aseguradoras privadas por atenciones realizadas en la red pública de salud, este gasto reflejará en el incremento de la siniestralidad y afectará posteriormente las tarifas de renovación de sus planes.

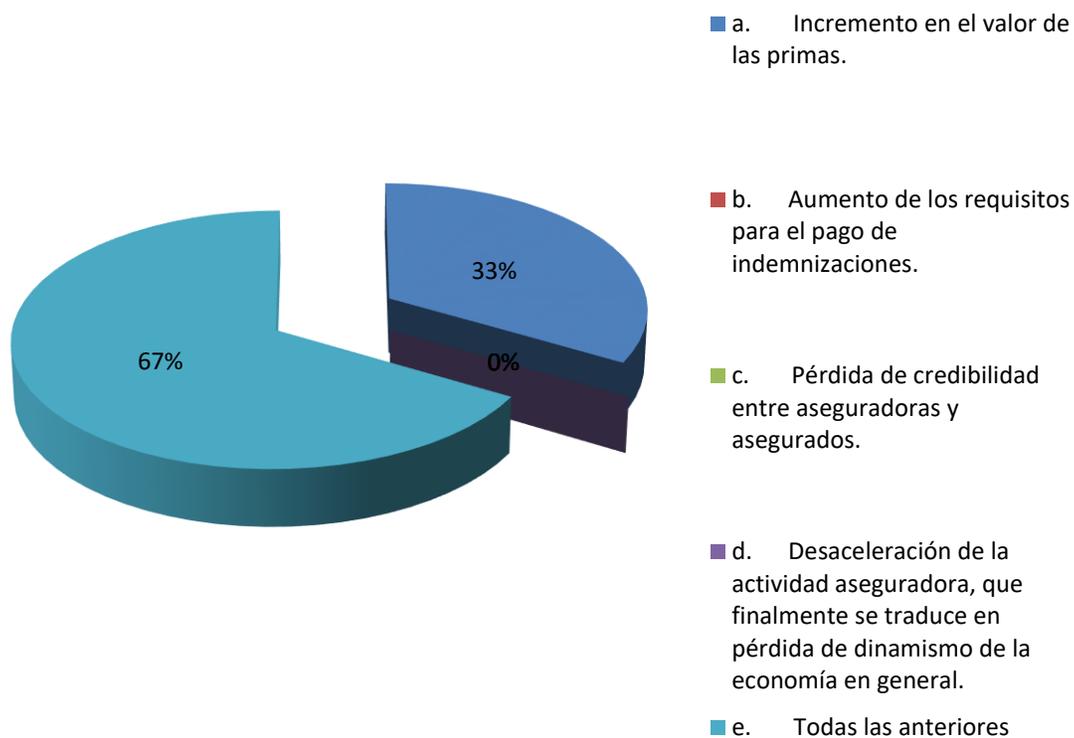
Figura 9 Análisis en función de utilidades



Fuente: Encuesta aseguradoras 2020
Elaborado por: Diego Pantoja 2020

Pregunta 9: El 67% de las compañías encuestadas menciona que para la aplicación de la Ley no se consideró los valores reales de rentabilidad y utilidad del sector, mientras que el 33% está de acuerdo con los estudios actuariales realizados y apoya la Ley. Es importante mencionar que dichos estudios fueron revisados nuevamente y se encontraron muchas inconsistencias en sus cálculos, tema que ha creado polémica posterior a la aprobación de la Ley.

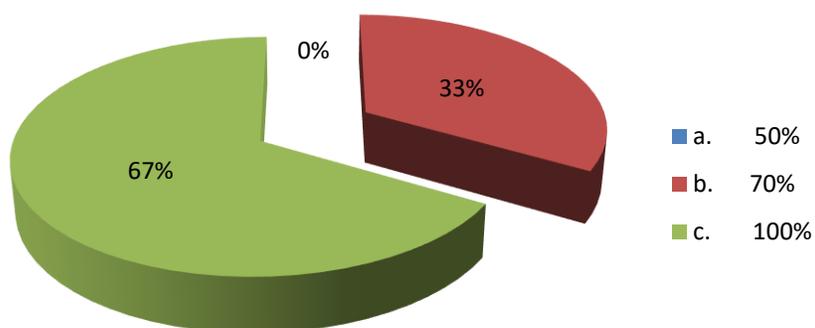
Figura 10 Posibles consecuencias en la ejecución de la Ley



Fuente: Encuesta aseguradoras 2020
Elaborado por: Diego Pantoja 2020

Pregunta 10: Para esta pregunta el 67% de las compañías encuestadas se inclinan por que todas las opciones son consecuencias importantes y devastadoras para el sector, mientras que el 33% solo hace mención al incremento de sus costos de atención y servicios.

Figura 11 Gastos y obligaciones

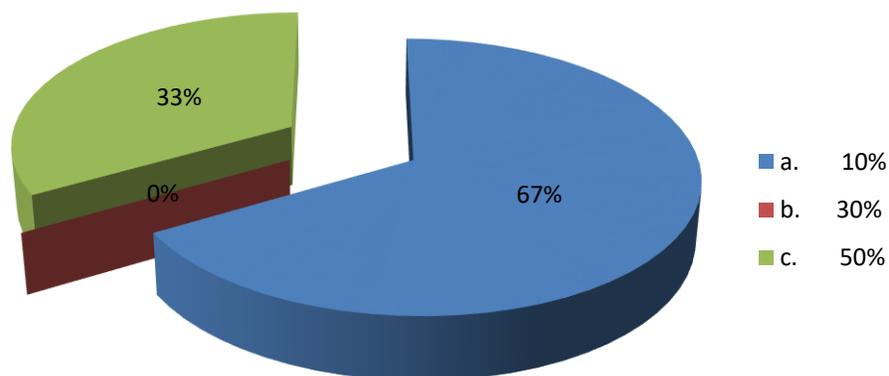


Fuente: Encuesta aseguradoras 2020
Elaborado por: Diego Pantoja 2020

Pregunta 11: El 67% de los encuestados en la actualidad cubren sus obligaciones y gastos a consecuencia del pago de primas de sus afiliados, sin embargo el 33% cubre apenas el 70% de estos. Datos que se reflejan en la

siniestralidad de algunas de las empresas privadas de este sector e incluso el Instituto Ecuatoriano de seguridad Social no cubre en su totalidad sus gastos por atenciones y medicamentos a sus proveedores.

Figura 12 Doble cobertura

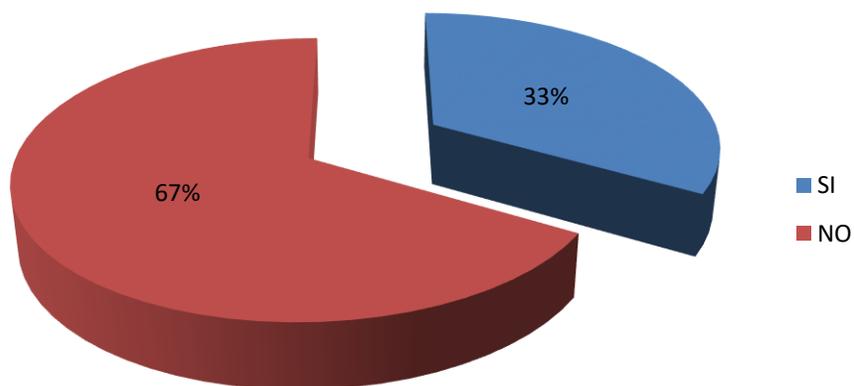


Fuente: Encuesta aseguradoras 2020

Elaborado por: Diego Pantoja 2020

Pregunta 12: El 67% de los encuestados dada la aplicación de la Ley no alcanzaría a cumplir ni el 10% de sus obligaciones y gastos, mientras el 33% cubriría el 100% de estos. Esto conllevaría a tomar decisiones frente al manejo del negocio.

Figura 13 Regulación de procesos administrativos

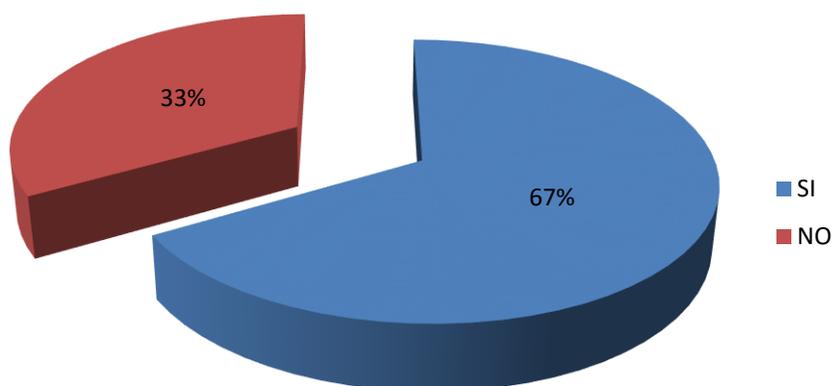


Fuente: Encuesta aseguradoras 2020

Elaborado por: Diego Pantoja 2020

Pregunta 13: El 67% de las compañías encuestadas no está de acuerdo con esta regulación en la ley, mientras el 33% apoya las reservas y la implementación de un proceso administrativo para el pago de reembolsos.

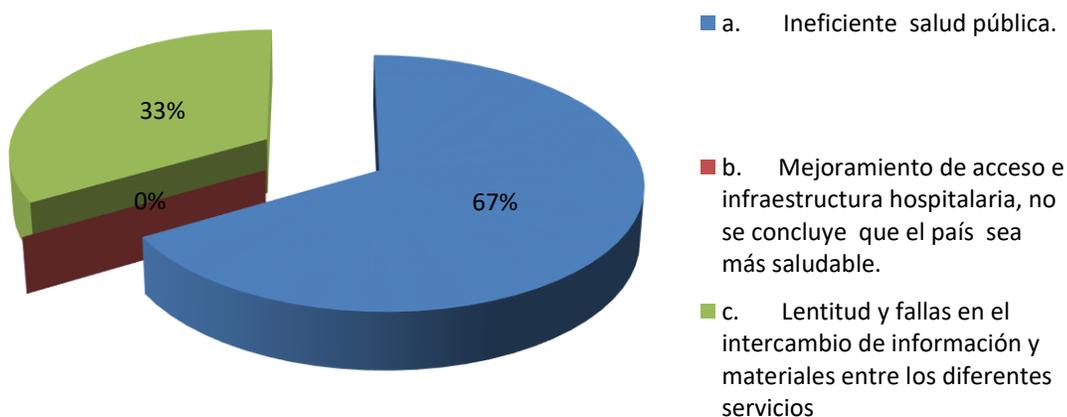
Figura 14 Colapso eminente del sistema



Fuente: Encuesta aseguradoras 2020
Elaborado por: Diego Pantoja 2020

Pregunta 14: El 67% de las compañías encuestadas establece que el sistema de salud pública colapsaría, mientras que el 33% menciona que este se encuentra preparado para brindar los servicios y atenciones pertinentes. Este es un tema evidente, la Red Pública Integral de Salud no se ha encontrado preparada, su inestabilidad financiera es el reflejo de años de malos manejos administrativos, en la actualidad ha colapsado.

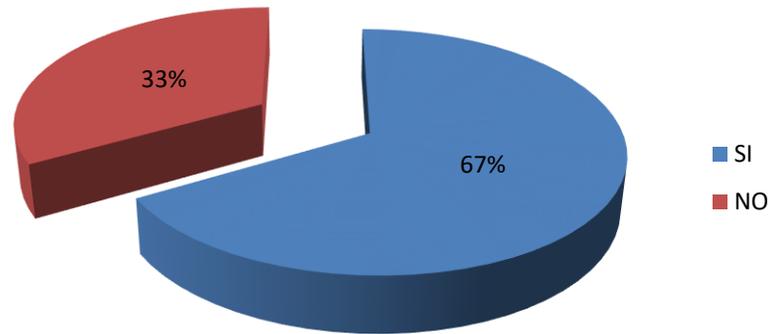
Figura 15 Factor de decisión



Fuente: Encuesta aseguradoras 2020
Elaborado por: Diego Pantoja 2020

Pregunta 15: El 67% de los encuestados está de acuerdo en la ineficiencia del sector de la salud pública, mientras el 33% asume que esta situación está dada debido a fallas en los procesos del sector. La atención pública ha sido manejada por personal administrativo incompetente, al momento no posee procesos eficientes de atención y sus actividades e ideas se estancan debido a burocracias y coyunturas políticas.

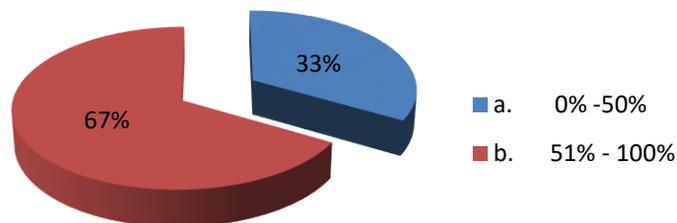
Figura 16 Eficiencia de Cobro IESS



Fuente: Encuesta aseguradoras 2020
Elaborado por: Diego Pantoja 2020

Pregunta 16: El 67% de encuestados coinciden en que el IESS no está preparado para recuperar estos valores, mientras que el 33% menciona que el IESS está en plena capacidad de hacerlo. Es tan evidente que a la fecha no se ha realizado ningún tipo de recuperación de cartera por atenciones con doble cobertura.

Figura 17 Sostenibilidad IESS



Fuente: Encuesta aseguradoras 2020
Elaborado por: Diego Pantoja 2020

Pregunta 17: El 67% de encuestados esperan que la recuperación y sostenibilidad se mantenga en un 100%, sin embargo el 33% no cuenta con esta esperanza y menciona que la sustentabilidad del sector se debe determinar bajo otros factores.

8. Discusión y Conclusiones

En la actualidad en Ecuador el mercado de seguros aún sigue siendo un servicio que necesita confianza, no existe una cultura de aseguramiento y de protección a futuros riesgos, siendo necesario socializar todos los beneficios y servicios que las compañías de salud prepagada otorgan, haciendo énfasis que el único favorecido frente a una situación imprevista será el asegurado. También como otra consecuencia frente a la desconfianza que origina el sector, las compañías aseguradoras se enfrentan a diversos acontecimientos que han acabado con la poca confianza de sus afiliados gracias al incumplimiento de lo establecido en los contratos de seguros faltando a los principios de compromiso y respeto. Los aseguradores y asegurados deben estar conscientes que lo que se acuerda en los contratos se deberá cumplir, y que la solvencia y sostenibilidad de las compañías de salud y medicina prepagada se da gracias al aporte y confianza de sus clientes y afiliados, de la misma manera las compañías aseguradoras deben estar preparadas para enfrentar todo tipo de evento o riesgo y subsanarlo conforme lo indica el ente regulador y la normativa legal vigente garantizando el servicio a sus clientes. Esta concientización debe estar presente sobre los riesgos a los cuales se está expuesto, generando confianza en la contratación y la protección que brinda el servicio.

Tras este análisis podemos concluir que el cumplimiento de la Ley tendría un efecto negativo en el avance económico de nuestro país, la ley no fue analizada y estudiada detenidamente por el estado, sino que se estableció sin haber considerado factores importantes en su trasfondo, por otro lado a pesar de que en este trabajo se consideran algunas de las 37 compañías privadas que existen actualmente en el país, podemos ver que aún no se puede tener una relación significativa para poder entender lo que pasa en el mercado de seguros. Se deberá tomar en cuenta que la ley está vigente, pero el efecto sigue sin ser evidente a pesar de todo las compañías siguen en constante disgusto y tratan de hacer lo posible para que se pueda cambiar o derogar dicha Ley. El análisis actuarial presentado por el Instituto de Seguridad social tiene muchas faltas que deben ser corregidas para poder correr en marcha con el proyecto.

Sin embargo hasta al momento y de acuerdo a lo analizado en este trabajo de investigación, ninguna autoridad pública se ha pronunciado con respecto al incumplimiento de la disposición general quinta de la Ley que regula compañías de salud prepagada y de asistencia médica, en la cual menciona que las compañías de salud y medicina prepagada deberán reembolsar los montos o valores generados por atenciones en la Red Pública Integral de Salud. Incurriendo así en una falta con responsabilidad administrativa e incluso penal, beneficiando directamente a las compañías privadas y evitando que cumplan con su responsabilidad conforme lo indica la Ley. Se presume que no se ha dado paso a la recuperación de valores debido a que la Red Pública Integral de Salud no cuenta con la infraestructura tecnológica apropiada y eficiente para reportar las miles de atenciones con doble cobertura que en sus unidades se realizan.

Esta investigación sin duda nos será de gran ayuda para entender porque algunas compañías de salud y medicina prepagada decidieron abandonar sus cuentas con clientes corporativos, la especulación sobre el impacto de la ley apuntaba a un incremento en sus costos del 70%, creando incertidumbre en la demanda de productos con primas elevadas y dudas en su rentabilidad a largo plazo, las compañías actualmente siguen a expensas del efecto que la Ley podría tener.

9. Referencias

- Alarcon, María. (1999). Hechos concretos sobre la seguridad social. *Organización internacional del trabajo*, 160. Obtenido de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_067592.pdf
- Asamblea Nacional. (2014, 10 de febrero). *Ley de Seguridad Social*. Registro Oficial Suplemento 465 de 30-nov-2001. Obtenido de <http://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/2015/11/LEY-DE-SEGURIDAD-SOCIAL.pdf>
- Asamblea Nacional. (2016, 17 de octubre). *LEY QUE REGULA COMPAÑIAS DE SALUD PREPAGADA*. Registro Oficial Suplemento 863 de 17-oct.-2016. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/04/LEY-FUNCIONAMIENTO-DE-LAS-EMPRESAS-PRIVADAS-DE-SALUD-RO-863-17-10-2016.pdf>
- Avilés, Efrén. (2020). *Enciclopedia del Ecuador*. Obtenido de <http://www.encyclopediadelecuador.com/historia-del-ecuador/instituto-ecuatoriano-de-seguridad-social/#:~:text=Su%20historia%20se%20remonta%20al,por%20el%20gobierno%20del%20Dr.&text=Federico%20P%C3%A1ez%20el%2031%20de,afiliados%20el%20Seguro%20de%20E>
- Cabrera, D. (15 de diciembre de 2017). *Medicina prepagada: causas 2017 y efectos 2018*. Obtenido de Edición Médica: <https://www.edicionmedica.ec/opinion/demograf-a-de-las-empresas-de-medicina-prepagada-en-2017-y-sus-efectos-en-2018-1997>
- Columnista, I. (21 de Abril de 2015). IESS y Seguridad Social. *El Comercio*. Obtenido de <https://www.elcomercio.com/opinion/iess-seguridad-social-ecuador-opinion.html>
- del Pozo, C., & Calderón, L. (25 de mayo de 2017). *Ley de Medicina Prepagada y Asistencia Médica: preexistencia, embarazo y adulto mayor*. Obtenido de Actuaría asesoramiento estratégico: <https://actuaria.com.ec/ley-de-medicina-prepagada-y-asistencia-medica-preexistencia-embarazo-y-adulto-mayor/>
- Ecuador en Vivo. (11 de octubre de 2016). *Aspiazu: 'El sistema de copago (incluido en Ley de medicina prepagada) es para ayudar al financiamiento del IESS'*. Obtenido de Ecuador en Vivo: <http://www.ecuadorenvivo.com/sociedad/189-videos/52785-aspiazu-el-sistema-de-copago-incluido-en->

ley-de-medicina-prepagada-es-para-ayudar-al-financiamiento-del-iess-comite-empresarial-rechaza-proyecto-de-ley.html#.XwofryhKjIU

- Edición Médica. (04 de octubre de 2016). *Medicina prepagada: empresas temen pérdidas millonarias*. Obtenido de Edición Médica: <https://www.edicionmedica.ec/secciones/empresas/medicina-prepagada-empresas-temen-p-rdidas-millonarias-88783>
- Edición Médica. (15 de diciembre de 2017). *Medicina prepagada: causas y efectos*. Obtenido de Edición Médica: <https://www.edicionmedica.ec/opinion/demograf-a-de-las-empresas-de-medicina-prepagada-en-2017-y-sus-efectos-en-2018-1997>
- El Telégrafo. (06 de Octubre de 2016). *Pamela Falconí: "Es una ley básicamente hecha a traje para las empresas de medicina prepagada"*. Obtenido de El Telégrafo: <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/politica/2/pamela-falconi-es-una-ley-basicamente-hecha-a-traje-para-las-empresas-de-medicina-prepagada>
- González, P. (17 de Abril de 2019). Elevar 4,7 puntos en aporte de los afiliados al IESS cubriría el déficit. *El Comercio*. Obtenido de <https://www.elcomercio.com/actualidad/ecuador-aporte-iess-deficit-jubilados.html>
- Heredia, v. (24 de julio de 2019). *Cambios en la normativa de medicina prepagada se darían con la aprobación del Código de Salud*. Obtenido de El Comercio: <https://www.elcomercio.com/actualidad/cambios-normativa-medicina-prepagada-darian.html>
- Ibarra, R., & Corral, C. (2017). IESS: riesgo de descapitalización y posibles medidas. *Koyuntura*, 4. Obtenido de <https://colegiodeeconomistas.org.ec/wp-content/uploads/2017/12/Koyuntura-IESS-riesgo-de-descapitalizacio%CC%80n-y-posibles-medidas-Septiembre-2017-FINAL.pdf>
- Izurieta, E. (10 de octubre de 2016). Las empresas de medicina prepagada le han ahorrado al IESS más de 300 millones de dólares, afirma representante del sector. (A. Pinoargoti, Entrevistador) Ecuavisa. Quito. Recuperado el 11 de julio de 2020, de <http://www.ecuadorenvivo.com/sociedad/189-videos/52739-las-empresas-de-medicina-prepagada-le-han-ahorrado-al-iess-mas-de-300-millones-de-dolares-afirma-representante-del-sector.html>
- Nugent, R. (2006). *Estudios de derecho del trabajo y de la seguridad social*. Lima: Universidad de San Martín de Porres. Obtenido de <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/1/139/36.pdf>
- Proaño, M. (25 de Enero de 2018). *Experto considera ilegal que informes de sostenibilidad financiera de IESS sean reservados*. Obtenido de Excelencia Radio: <http://www.excelenciaradio.com/?p=30652>
- Rojas, C. (2017). Impacto de la ley de medicina prepagada en el Ecuador. (*Proyecto de Investigación*). Universidad San Francisco de Quito, Quito. Obtenido de <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/6539/1/131397.pdf>
- Samaniego, H. (2018). Un Modelo de Gestión Para una Empresa de Medicina Prepagada Utilizando Dinámica de Sistemas. *Ingeniería*, 23(3).
- San Matín, H. (22 de marzo de 2016). *La medicina prepagada*. Obtenido de El Comercio: <https://www.elcomercio.com/cartas/cartas-direccion-medicina-prepagada-iess.html>