

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA
SEDE QUITO

CARRERA: ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

**Tesis previa a la obtención del título de: INGENIERO E INGENIERAS
COMERCIALES**

TEMA:

**EVALUACIÓN DEL IMPACTO DEL SEGURO MÉDICO PRIVADO EN LAS
CONDICIONES DE SALUD Y BIENESTAR DEL BENEFICIARIO DE LA
COMPAÑÍA DE SEGUROS PAN AMERICAN LIFE INSURANCE GROUP,
UBICADA EN LA CIUDAD DE QUITO**

AUTORES:

CÉSAR FABRICIO MATABAY GUAÑUNA
GLADYS ANDREA SALAZAR GARCÍA
ROSARIO ALEXANDRA VALDIVIEZO JIMENEZ

DIRECTOR:

CARLOS NEPTALÍ ZÚÑIGA MONTALVO

Quito, febrero del 2014

**DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIZACIÓN DE USO DEL
TRABAJO DE TITULACIÓN**

Nosotros, autorizamos a la Universidad Politécnica Salesiana la publicación total o parcial de este trabajo de titulación y su reproducción sin fines de lucro.

Además declaramos que los conceptos y análisis desarrollados y las conclusiones del presente trabajo son de exclusiva responsabilidad de los autores.

Quito, Febrero del 2014.

CÉSAR FABRICIO MATABAY GUAÑUNA
C. C.: 1718759622

GLADYS ANDREA SALAZAR GARCIA
C. C.: 1721836961

ROSARIO ALEXANDRA VALDIVIEZO JIMÉNEZ
C. C.: 1713573663

DEDICATORIA

A Dios por brindarnos sabiduría y llenarnos de fortaleza para cumplir con uno más de nuestros objetivos.

A nuestros padres, hermanos, amigos y demás familiares que han sido un apoyo constante e incondicional.

A nuestros hijos por ser la mayor inspiración, su existencia es nuestro mundo.

Gracias a todos por sus palabras de aliento y fe en nosotros.

Fabricio Matabay

Gladys Salazar

Rosario Valdiviezo

AGRADECIMIENTO

Nos enorgullece de sobre manera a través del presente trabajo expresar nuestro sincero agradecimiento a la Universidad Politécnica Salesiana, Carrera de Administración de Empresas y en ella a los distinguidos docentes quienes, en las aulas, nos transmitieron su conocimiento y experiencia con profesionalismo y ética.

A nuestro director de Tesis, Msc MBA Carlos Zúñiga por ser nuestra guía y pilar fundamental para el desarrollo del presente trabajo.

En general agradecemos a todos los docentes involucrados dentro del proceso de elaboración de Tesis, desde su etapa inicial hasta la culminación del mismo.

Fabrizio Matabay

Gladys Salazar

Rosario Valdiviezo

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1	4
GENERALIDADES	4
1. 1 El problema de investigación	4
1.2. Aspectos teóricos relevantes	4
1.2.1 Seguros.....	4
1.3 Objetivo	7
1.3.1 Objetivos específicos	7
1.4 Justificación	7
1.4.1 Contratos de seguros que opera Pan American Life Insurance Group autorizados y aprobados por la Superintendencia de Bancos y Seguros.	8
CAPÍTULO 2	20
EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	20
2.1 Diagnóstico de situación	20
2.1.1 Riesgos Internos.....	20
2.1.2 Riesgos Externos.....	24
2.2 Contextualización del problema de investigación.....	25
2.2.1 El problema de investigación.....	25
2.2.2 Principales causas	25
2.2.3 Principales consecuencias o efectos	25
2.3 Formulación del problema de investigación	26
2.3.1 Pregunta de investigación.....	26
2.4 Sistematización del problema de investigación.....	26
CAPÍTULO 3	27

MARCO TEÓRICO.....	27
3.1 Bases teóricas	27
3.1.1 Marco teórico – conceptual.....	27
3.1.2 Marco Referencial.....	30
3.2 Bases Jurídicas	33
3.2.1 Ley General de Seguros, codificación	34
3.2.2 Legislación sobre el contrato de seguros – Decreto Supremo 1147	34
CAPÍTULO 4	35
MARCO METODOLÓGICO.....	35
4.1 Tipo de investigación	35
4.2 Diseño de la investigación.....	35
4.3 Población y muestra	36
4.3.1 Mercado objetivo	36
4.3.2 Determinación de la muestra	36
4.4 Tipo de muestreo	37
4.4.1 Muestreo aleatorio simple.....	37
4.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	38
4.5.1 Instrumentos de investigación	38
4.6 Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	39
4.6.1 Análisis de datos	40
CAPÍTULO 5	54
PROPUESTA Y RESULTADOS	54
5.1 Evaluación condiciones de salud.....	54
5.1.1 Pólizas MINIMED:.....	54
5.1.2 Pólizas Health Trust.....	55

5.1.3 Corporativo	56
5.2 Evaluación condiciones de bienestar.....	58
5.2.1 Evaluación condiciones de bienestar económico.....	58
5.2.2. Evaluación condiciones bienestar psicológico	64
5.3 Propuesta	65
5.3.1. Disminución de la Tasa Técnica.....	65
CONCLUSIONES	75
RECOMENDACIONES	76
LISTA DE REFERENCIAS	77

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No. 1: Detalle Siniestralidad Minimed	11
Tabla No. 2: Detalle Siniestralidad Corporativo.....	18
Tabla No. 3: Pregunta No. 1: ¿Cuál es el grado de satisfacción que tiene, en cuanto a servicios, atención personal, condiciones, etc.? Indique el motivo.	42
Tabla No. 4: Pregunta No. 2: ¿Conoce acerca de las coberturas y exclusiones de su póliza?	44
Tabla No. 5: Pregunta No. 3: ¿El asesor productor de seguros le ha impartido una debida capacitación sobre los beneficios de su seguro médico privado?	45
Tabla No. 6: Pregunta No. 4: ¿Con qué frecuencia en la año utiliza su seguro médico privado?.....	46
Tabla No. 7: Pregunta No. 5: ¿En caso de emergencia usted preferiría recurrir al seguro público (IESS) o a su seguro médico privado? ¿Por qué?	47
Tabla No. 8: Pregunta No. 1: Como usuario de los proveedores del seguro médico privado, favor indicar los servicios que usted ha utilizado o utiliza	49
Tabla No. 9: Pregunta No. 2: Dentro del proveedor, ¿qué aspecto de la atención le brindó mayor satisfacción?	50
Tabla No. 10: Pregunta No. 3: ¿Cuán satisfactorio considera usted el servicio provisto por el proveedor?.....	52
Tabla No. 11: Ejemplo tipo de póliza Minimed número uno.	58
Tabla No. 12: Ejemplo tipo de póliza Minimed número dos.....	59
Tabla No. 13: Ejemplo de tipo de póliza Health Trust número uno.	61
Tabla No. 14: Ejemplo de tipo de póliza Health Trust número dos.....	62
Tabla No. 15: Ejemplo de tipo de póliza Corporativo número uno.	63
Tabla No. 16: Ejemplo de tipo de póliza Corporativo número dos.	64

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura No. 1: Número de Pólizas Vendidas Minimed	9
Figura No. 2: Número de Asegurados Minimed	10
Figura No. 3: Valores pagados por diagnósticos Contratos Minimed	10
Figura No. 4: Primaje vs. Siniestralidad Minimed.....	11
Figura No. 5: Número de pólizas vendidas Health Trust.....	13
Figura No. 6: Número de asegurados Health Trust.....	14
Figura No. 7: Valores Pagados por Diagnóstico Contratos Health Trust	15
Figura No. 8: Número de Pólizas Vendidas Corporativas	16
Figura No. 9: Número de Asegurados Corporativos.....	16
Figura No. 10: Valores pagados por diagnóstico Contratos Corporativos.....	17
Figura No. 11: Primaje vs. Siniestralidad Pólizas Corporativas	18
Figura No. 12: Valor de las Primas Emitidas por las Principales Aseguradoras	31
Figura No. 13: Participación en Primas Emitidas en Seguros de Asistencia Médica a Marzo del 2013	32
Figura No. 14: Primas Emitidas por Producto	33
Figura No. 15: Pregunta No. 1: ¿Cuál es el grado de satisfacción que tiene en cuanto a servicios, atención personal, condiciones, etc.? Indique el motivo.	42
Figura No. 16: Pregunta No. 2: ¿Conoce acerca de las coberturas y exclusiones de su póliza?	44
Figura No. 17: Pregunta No. 3: ¿El asesor productor de seguros le ha impartido una debida capacitación sobre los beneficios de su seguro médico privado?	45
Figura No. 18: Pregunta No. 4: ¿Con qué frecuencia en el año utiliza su seguro médico privado?.....	46
Figura No. 19: Pregunta No. 5: ¿En caso de emergencia, usted preferiría recurrir al seguro público (IESS) o a su seguro médico privado? ¿Por qué?.....	47
Figura No. 20: Pregunta No. 1: Como usuario de los proveedores del seguro médico privado, favor indicar los servicios que usted a utilizado o utiliza.	50
Figura No. 21: Pregunta No. 2: Dentro del proveedor, ¿qué aspecto de la atención le brindó mayor satisfacción?	51

Figura No. 22: Pregunta No. 3: ¿Cuán satisfactorio considera usted el servicio provisto por el proveedor?.....	52
Figura No. 23: Tasa de Gastos de Administración	66
Figura No. 24: Tasa de Siniestralidad Retenida Devengada.....	66
Figura No. 25: Razón Combinada.....	67
Figura No. 26: Tasa de Utilidad Técnica	68
Figura No. 27: Tasa de Gastos de Producción	69
Figura No. 28: Tasa de Gastos de Operación.....	70
Figura No. 29: Morosidad Cartera de Primas	71
Figura No. 30: Resultado Técnico Estimado / Patrimonio Promedio	72
Figura No. 31: Principales Compañías de Medicina Prepagada.....	73

RESUMEN

En la actualidad, el contar con un seguro de asistencia médica representa una inversión más que un gasto para las familias ecuatorianas, la razón es de que cubra una posible eventualidad como un siniestro que afecte nuestra salud; minimizando así el riesgo psicológico cognitivo, económico financiero de los asegurados (clientes). Hoy en día la ideología de las personas han cambiado, el seguro de asistencia médica se ha convertido en una ventaja que respalda la tranquilidad de las familias.

Una de las empresas líderes en el mercado y en el cual se enfoca el presente trabajo es Pan-American Life Insurance Group, la cual ofrece variedad de productos denominados contratos de seguros, en el cual se establecen los montos de coberturas de asistencia médica que se ajustan a las diversas necesidades de salud de los asegurados.

La investigación realizada tiene la finalidad de identificar el nivel de satisfacción y protección en las condiciones de salud de los asegurados de Pan-American Life Insurance Group (PALIG); conforme la investigación se propone establecer recomendaciones para evitar la deserción y la no renovación de los contratos de seguros.

Se ha realizado un importante análisis en cuanto a las siguientes variables: nivel de satisfacción del asegurado, tasa técnica y su influencia en la determinación del valor de prima a pagar, comparación de los principales índices financieros entre las compañías de seguros existentes en el mercado y PALIG y una evaluación del impacto del seguro médico privado en las condiciones de salud y bienestar al no contratar o renovar el seguro privado. Estos factores permitirán establecer los mejores procesos y lineamientos a seguir para que el asegurado alcance su máximo bienestar y por ende la compañía de seguros mejore su rentabilidad.

ABSTRACT

Nowadays have medical care insurance represents an investment rather than outgoings for Ecuadorian families, the main reason it's because when hiring an insurance policy it can prevent damage to health and minimize risks such as financial and psychological.

People's believes towards medical insurance have changed and become an advantage which supports the tranquility of the family.

Pan American Life insurance a leading company in medical and life insurance is taken as reference for this study because this company set the insurance amounts depending on the needs of the costumer.

This project tried to measured satisfaction levels regarding health conditions of Pan American life Insurance (PALIG) policies, this study will establish recommendations to avoid cancellations of insurance contracts or policies.

Several aspects as satisfaction costumer level, rate insurance, prime prices, and financial indices were taken to compare between insurance companies in Ecuador and PALIG, further it will be analyzed the impact and evolution of hiring private medical insurance to propose better insurance processes so that the company will increase its profitability.

INTRODUCCIÓN

Los seguros de asistencia médica cubren los gastos médicos, hospitalarios y ambulatorios que se produzcan a consecuencia de un accidente o enfermedad.

El sistema de aseguradoras privadas en el Ecuador está compuesto de 44 instituciones reguladas por la Superintendencia de Bancos y Seguros; de éstas, 9 instituciones ofrecen seguros de asistencia médica.

Pan American Life Insurance Group tiene su sede principal en Estados Unidos, inició operaciones en el año 1911 al mando de los señores Crawford H. Ellis, Edward G. Simmons, Marion Souchon, y Eugene J. McGivney.

Pan American Life Insurance Group llegó a Ecuador en el año de 1956 tanto en las ciudades de Guayaquil y Quito con los productos de seguros de vida individual y de salud grupal.

En la actualidad, Pan American Life Insurance Group tiene el 50% de participación del mercado en la emisión de Seguros de Asistencia Médica (a marzo del 2013), sus principales competidores son BUPA (21% participación mercado), Seguros Sucre (12%), BMI y Mapfre Atlas (ambas 7%).

Pan American Life Insurance Group, dentro de los seguros de asistencia médica, maneja tres principales tipos de productos los cuales son:

- Contrato de seguro denominado Minimed
- Contrato de seguro denominado Health Trust
- Contrato de seguro denominado Corporativo

La presente investigación inicia con la hipótesis que al no tener una póliza de seguro médico contratada puede afectar las condiciones de salud y bienestar de las personas. En el caso de los asegurados de la compañía Pan American Life Insurance Group, su insatisfacción podría provocar renuncias inesperadas por el servicio recibido, para lo cual se ha determinado procedimientos de evaluación como un diagnóstico de la compañía y una encuesta para medir el nivel de satisfacción de los beneficiarios y su incidencia en su anatomía humana en caso de tener enfermedades catastróficas o terminales o aquellas que se pueden presentar en el transcurso de su desarrollo personal, profesional tanto individual como familiar.

Desde el capítulo número 1 hasta el capítulo número tres se realiza un análisis y diagnóstico de la compañía Pan American Life Insurance Group donde se determinó, entre otras cosas, la situación actual de sus productos, riesgos internos y externos, entorno de mercado y legislación a la que se acoge.

En el capítulo número 4 se detalla la encuesta para medir el nivel de satisfacción del beneficiario del seguro médico privado de la compañía Pan American Life Insurance Group, para lo cual se tomó como universo 72.918 beneficiarios; mediante el método de muestreo aleatorio simple se determinó 382 beneficiarios a encuestar.

Como resultado de la encuesta se determinó que existe un 72% de aceptación por parte del beneficiario Pan American Insurance Group en cuanto al servicio recibido, el 61% de asegurados desconoce las coberturas y exclusiones de su póliza, el 56% no ha

recibido capacitación acerca de los beneficios de contar con una póliza de asistencia médica y el 80% prefiere el seguro privado al público.

De acuerdo a la presente investigación se logró determinar la incidencia que genera la póliza del seguro médico en la salud y bienestar psicológico y financiero de las personas a través de un análisis por tipo de diagnóstico médico.

En el capítulo número 5 se desarrollan propuestas para mitigar los problemas encontrados tanto en el diagnóstico de la compañía como de los resultados de la encuesta de satisfacción del cliente y del impacto en las condiciones de salud y bienestar de los beneficiarios del contrato de seguros, definiéndose las siguientes:

- Creación de una nueva Unidad de Monitoreo y Seguimiento que permita establecer el nivel de satisfacción del cliente a lo largo de su experiencia, con un seguro médico contratado que facilitará asesorar la importancia del seguro y su beneficio en las condiciones de salud y bienestar en el núcleo familiar como personal al contratarla evitando la merma psicológica cognitiva, económica financiera.
- Disminución de la tasa técnica

CAPÍTULO 1

GENERALIDADES

1. 1 El problema de investigación

El seguro médico privado no satisface las expectativas de cierto grupo de asegurados de Pan American Life Insurance Group, provocando renunciadas inesperadas por el servicio recibido lo que afecta las condiciones de salud y bienestar del beneficiario.

1.2. Aspectos teóricos relevantes

1.2.1 Seguros

Se entiende por seguro, conforme la legislación existente, al contrato en que las partes llegan a un acuerdo para la protección de un interés asegurado sea este un bien tangible, como intangible, misma que se perfecciona mediante el pago del precio del seguro que se le conoce como prima pura.

1.2.1.1 Clasificación

1.2.1.1.1 Seguros sociales

Los seguros sociales tienen por objeto amparar a la clase trabajadora contra ciertos riesgos, los mismos que se encuentran estipulados en el Seguro General Obligatorio que forma parte del Sistema Nacional de Seguridad Social, cuyos riesgos cubiertos son: Enfermedad, Maternidad, Riesgos del trabajo, Vejez, muerte, e invalidez, que incluye discapacidad; y, Cesantía, prestaciones que se generan conforme el aporte porcentual y según cada actividad empresarial, mismas que están a cargo de los trabajadores (afiliados), empleadores y el aporte del Estado.

Si bien la actual Constitución de la República del Ecuador ampara un seguro universal, hasta que se formalice este tipo de protección y beneficio, la sociedad no se encuentra bajo la protección del Seguro Obligatorio, lo cual genera desprotección en las condiciones de salud y bienestar del ciudadano.

1.2.1.1.2 Seguros privados

Estos tipos de seguros son contratados directa y voluntariamente para cubrirse de ciertos riesgos, mediante el pago de una prima; los asegurados pueden escoger entre distintas opciones que este sector puede ofrecer. Los seguros privados se concretan con la emisión de una póliza (contrato de seguros), en la que constan los derechos y obligaciones del asegurado y el asegurador; en este contrato de seguros se establece la protección de los intereses individuales de sus asegurados, protegiendo las condiciones de salud y bienestar del beneficiario.

En el Ecuador, las empresas que realizan operaciones en el área de seguro privado son:

- Compañías anónimas constituidas en el territorio nacional.
- Sucursales de empresas extranjeras establecidas en el país.

La Ley de Seguros y su Reglamento vigente desde el 3 de abril de 1998 estipula: que las empresas de seguros únicamente podrán operar en seguros generales (aseguran riesgos causados por afecciones, pérdidas o daños de la salud, de los bienes o del patrimonio y los riesgos de fianza o garantías) o en seguros de vida. (Cubren los riesgos de las personas o garantizan a éstas dentro o al término de un plazo, un capital o una renta periódica para el asegurado y sus beneficiarios)(SBS, Ley general de seguros, codificación, 1998).

Conforme estos aspectos el enfoque de la presente investigación se basa en los seguros de asistencia médica los mismos que se encuentran dentro de la clasificación de seguros generales.

- Seguros de asistencia médica.- Este grupo cubre los gastos médicos hospitalarios, ambulatorios, que se produzcan a consecuencia de un accidente o enfermedad.

1.2.1.2 Características del seguro

1.2.1.2.1 Actividad de servicio

El seguro es una actividad de servicio y no una actividad industrial. El seguro es, por definición, un servicio por el que las entidades ofrecen seguridad a los asegurados. Las peculiaridades del servicio del seguro que ofrecen las compañías aseguradoras corresponden a:

- El producto inmaterial y abstracto (seguridad como cobertura de daños no deseados) que es fácilmente imitable.
- La prestación de este servicio asegurador que se basa en el diseño de productos, atención y comunicación al cliente.
- Los servicios complementarios ofrecidos por las entidades que buscan diferenciar su oferta utilizando teléfonos de ayuda e información, consultoría en prevención de seguridad, etc.
- El factor humano, importante para acercarse al asegurado (cliente) en ciertos momentos: al contratar la póliza, ocurrencia de siniestros, en las renovaciones, etc.
- La imagen de solvencia y solidez financiera como garantía ante los tomadores, asegurados y terceros.

1.2.1.2.2 Actividad financiera y económica

La actividad aseguradora tiene un marcado acento financiero y económico. Por una parte se percibe un precio (prima) cuya contraprestación suele consistir en una masa económica (indemnización).

Pero, sobre todo, el seguro desempeña la importante tarea financiera de lograr una redistribución de capitales, al hacer que un elevado número de unidades patrimoniales puedan ser afectadas por los siniestros que se produzcan en cualquiera de ellas.

1.2.1.2.3 Transformación de riesgo

El fin primordial del seguro consiste en la transformación de riesgos económicos en pagos periódicos presupuestables.

Esta idea de transformación no ha de interpretarse en su sentido estricto, sino en el carácter amplio de cambios que sufren las prestaciones satisfechas por los asegurados (primas), al poder convertirse en una considerable masa de capital capaz de responder a los riesgos de diversa naturaleza que puedan afectar a los individuos.

1.3 Objetivo

Evaluar las condiciones de salud y bienestar de los beneficiarios del seguro médico de la compañía Pan American Life Insurance Group.

1.3.1 Objetivos específicos

- Determinar los diagnósticos que generan mayor siniestralidad entre los asegurados PALIG para así analizar el impacto en la salud de cada uno de ellos.
- Definir el grado de satisfacción del asegurado PALIG para así analizar las posibles causas que afectan el bienestar en las condiciones de salud y bienestar del beneficiario.
- Establecer los beneficios y perjuicios en el bienestar del asegurado PALIG al contar o no con una póliza de seguro médico.
- Identificar las principales diferencias entre el seguro médico PALIG con los ofrecidos por otras compañías similares: seguridad social y medicina prepagada.
- Analizar los resultados obtenidos para plantear soluciones de mejora que aseguren mayor bienestar al beneficiario PALIG.

1.4 Justificación

Pan-American Life Insurance Group es una compañía multinacional de seguros, su sucursal en Ecuador se encuentra operando con el RUC 0990030545001; en la actualidad está debidamente autorizada y regulada por la Superintendencia de Bancos y Seguros.

1.4.1 Contratos de seguros que opera Pan American Life Insurance Group autorizados y aprobados por la Superintendencia de Bancos y Seguros.

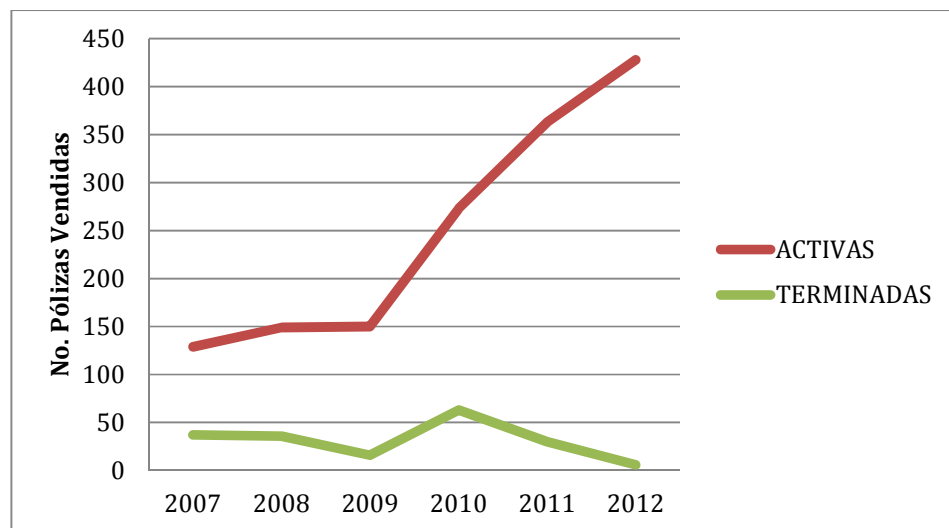
- a) Según el artículo 25, capítulo 3 de la Ley de Seguros, Codificación: Los modelos de pólizas, las tarifas de primas y notas técnicas, requerirán autorización previa de la Superintendencia de Bancos y Seguros, para ponerlas en vigor. (Comisión de Legislación y Codificación, 2005). PALIG cumple con dicha disposición bajo las siguientes autorizaciones a los tipos de pólizas que maneja: Seguro de Vida Neta bajo la Resolución No. SBS-INSP-2008-006 del 4 de enero del 2008.
- b) Asistencia médica según Resolución No. SBS-INSP-2008-007 del 4 de enero del 2008.
 - a. Conforme se estipula en el contrato de seguros, las coberturas son:
 - i. Asistencia médica.
 - ii. Muerte por cualquier causa (VIDA)
 - iii. Incapacidad total y permanente (VIA)
 - iv. Muerte y desmembración accidental (MYDA)
 - v. Dental
 - vi. Reembolso de gastos funerarios por accidente
 - vii. Reembolso de gastos médicos por accidente
- c) Seguro contra Accidentes Personales según Resolución No. SBS-INSP-2008-008 del 4 de enero del 2008.
 - a. Conforme se estipula en el contrato de seguros, las coberturas son:
 - i. Desmembración accidental
 - ii. Indemnización por incapacidad total o parcial
 - iii. Indemnización por diagnóstico de cáncer
 - iv. Reembolso de gastos médicos por accidente
 - v. Reembolso de gastos funerarios por accidente
 - vi. Indemnización por muerte accidental en transporte público o privado.
 - vii. Renta mensual por muerte accidental del asegurado titular.
 - viii. Renta diaria por hospitalización.

Para el presente estudio se ha considerado algunos contratos de seguros autorizados y aprobados por la SBS que permiten mejorar las condiciones de salud y bienestar de sus asegurados por medio de su uso.

1.4.2.1 Contrato de seguro denominado Minimed

Es un contrato de seguro colectivo de vida y gastos médicos en donde se pueden incorporar grupos de empresas desde 3 hasta 74 empleados. A continuación se presenta la siguiente gráfica que permite determinar el volumen de pólizas contratadas, vencidas y, el número de asegurados bajo estos seguros; la presente serie histórica data desde 2007 al 2012.

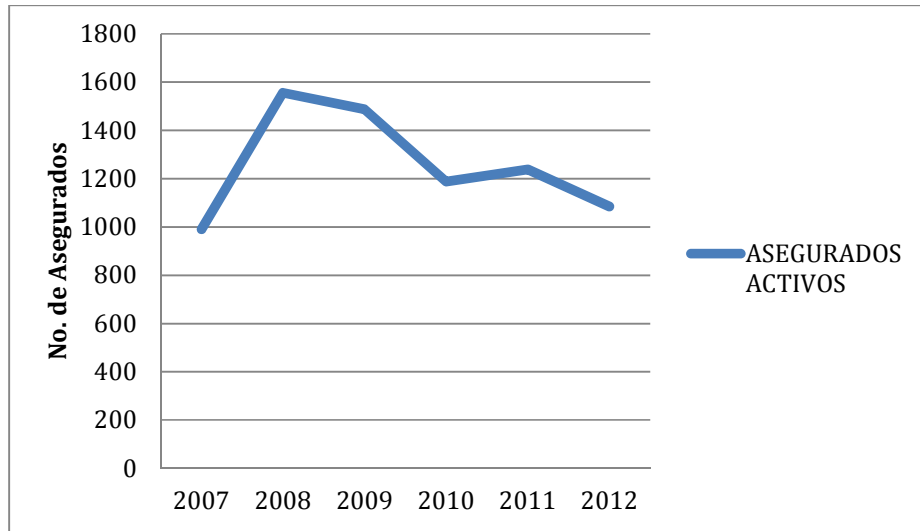
Figura No. 1: Número de Pólizas Vendidas Minimed



Elaborado por: Rosario Valdiviezo, Gladys Salazar y Fabricio Matabay

De la gráfica reflejada en la serie histórica se puede concluir que existe una protección en las condiciones de salud y bienestar de los asegurados y que en los casos de pólizas vencidas a un número de asegurados no tuvo protección.

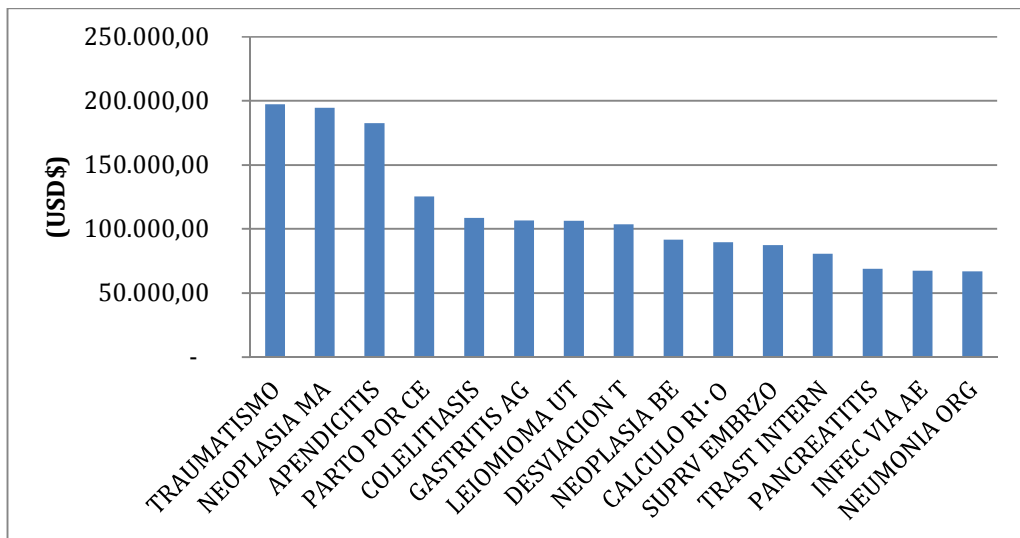
Figura No. 2: Número de Asegurados Minimed



Elaborado por: Rosario Valdiviezo, Gladys Salazar y Fabricio Matabay

De la gráfica correspondiente al número de contratos de seguros vigentes se puede determinar que el número de pólizas mantuvieron una tendencia creciente, a pesar de ello, el número de asegurados ha disminuido el último año en un 12% y su tendencia históricamente ha ido a la baja como se puede apreciar, esta situación afectaría en las condiciones de salud y bienestar del beneficiario en su parte psicológica cognitiva, económica financiera del núcleo familiar y como una incidencia social.

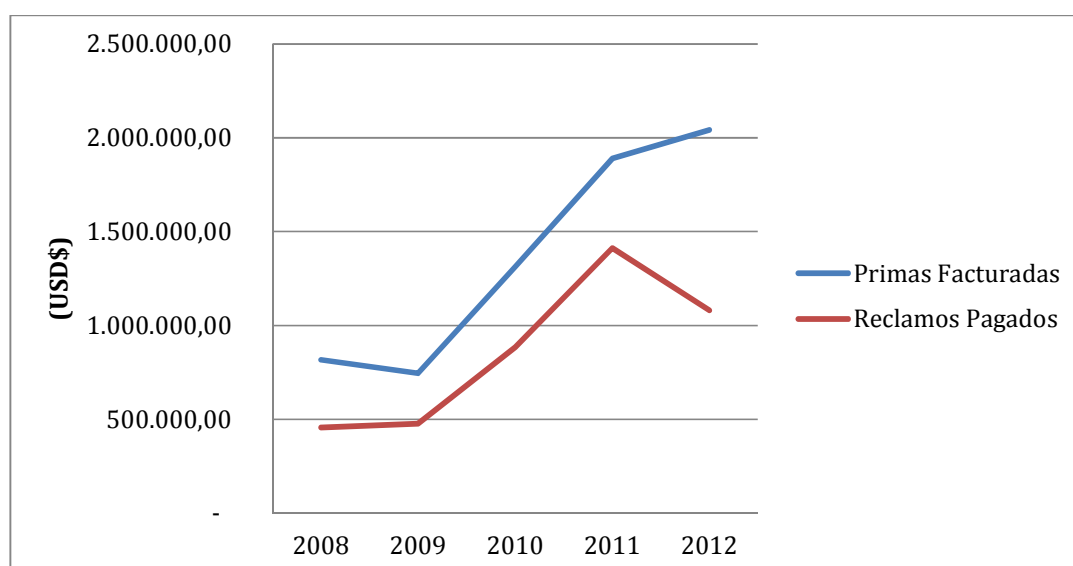
Figura No. 3: Valores pagados por diagnósticos Contratos Minimed



Elaborado por: Rosario Valdiviezo, Gladys Salazar y Fabricio Matabay

Según el Reporte de Reclamos de PALIG por diagnóstico de los últimos cinco años, se determina que la cobertura reembolsada correspondió a: traumatismo, neoplasia y apendicitis, constituyen las principales causas de devolución de coberturas cuyos valores médicos correspondieron al seguro de asistencia médica MINIMED, de esta manera protegiendo las condiciones de salud y bienestar del beneficiario y que en el caso de que no se hubiera contratado el seguro generaría una afectación en las condiciones de salud, bienestar en su parte psicológica cognitiva, económica financiera del núcleo familiar.

Figura No. 4: Primaje vs. Siniestralidad Minimed



Elaborado por: Rosario Valdiviezo, Gladys Salazar y Fabricio Matabay

Tabla No. 1: Detalle Siniestralidad Minimed

Año	Primas Facturadas (A)	Reclamos Pagados (B)	Siniestralidad (B/A)
2008	815.700,62	457.249,81	56%
2009	746.101,60	476.383,27	64%
2010	1.313.556,49	885.134,38	67%

2011	1.883.448,95	1.411.708,56	75%
2012	1.756.264,38	1.081.023,70	62%
PROMEDIO	1.303.014,41	843.822,03	65%

Elaborado por: Rosario Valdiviezo, Gladys Salazar y Fabricio Matabay

En base a los datos obtenidos de primas facturadas y reclamos pagados por PALIG, se puede observar en las gráficas un porcentaje de siniestralidad promedio del 65% durante los últimos cinco años equivalente a (USD\$843.822,03), lo que significa que los asegurados tuvieron protección y en el caso de que no se hubiera contratado el seguro generaría una afectación en las condiciones de salud, bienestar en su parte psicológica cognitiva, económica financiera del núcleo familiar.

Así mismo podemos establecer que la técnica de seguros determina que lo ideal en la cobertura de un determinado riesgo; no debe sobrepasar un porcentaje de siniestralidad del 70%, según el reglamento de PALIG y en base a criterios técnicos que en este caso es la póliza de asistencia médica. Lo que implica que la entidad también debería mejorar sus procesos de suscripción de los riesgos manteniendo en este sentido responsabilidad social como ente jurídico privado, lo que permitiría renovaciones de la póliza de seguros ayudando de esta manera en las condiciones de salud y bienestar de aquellos contratantes que no puedan renovar su seguro lo que afecta las condiciones de salud y bienestar en su forma psicológica cognitiva, económica financiera.

Por otro lado podemos citar que la disminución de los contratos de seguros de la póliza de asistencia médica se puede presentar por las siguientes causales:

- Las condiciones del contrato son más limitadas que otro tipo de pólizas al tener beneficios más reducidos,
- Desconocimiento en el uso del seguro contratado, por falta de asesoramiento a los asegurados,
- Incremento del valor de las primas anual debido a la siniestralidad, comisiones, gastos administrativos y utilidad (tasa técnica).

- Demoras en tiempos establecidos para procesos de reclamos según política interna de la empresa.

1.4.4.2 Contrato de seguros denominado Health Trust

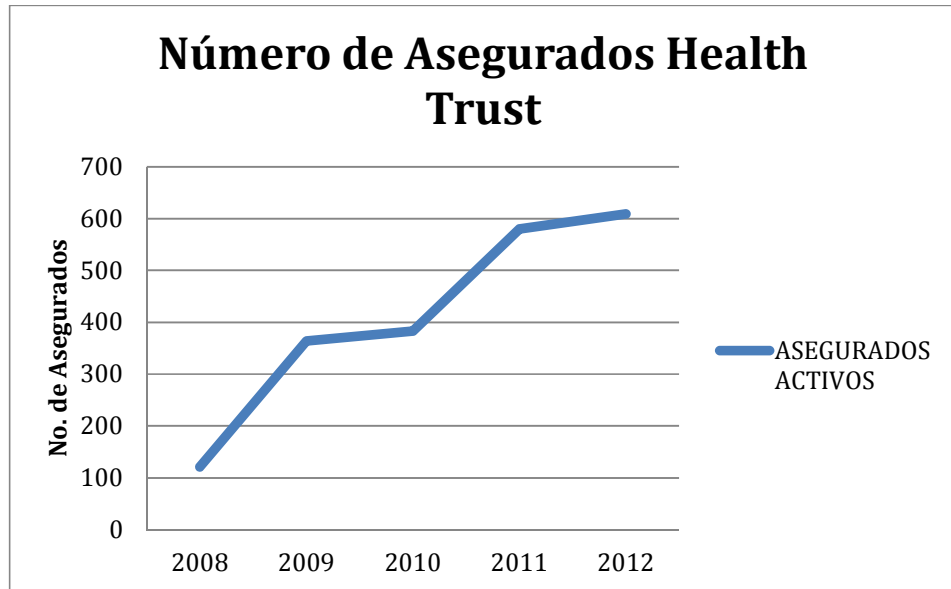
El contrato Health Trust es un plan individual de financiamiento de servicios de salud y medicina incluyendo otros beneficios.

Figura No. 5: Número de pólizas vendidas Health Trust



Elaborado por: Rosario Valdiviezo, Gladys Salazar y Fabricio Matabay

Figura No. 6: Número de asegurados Health Trust

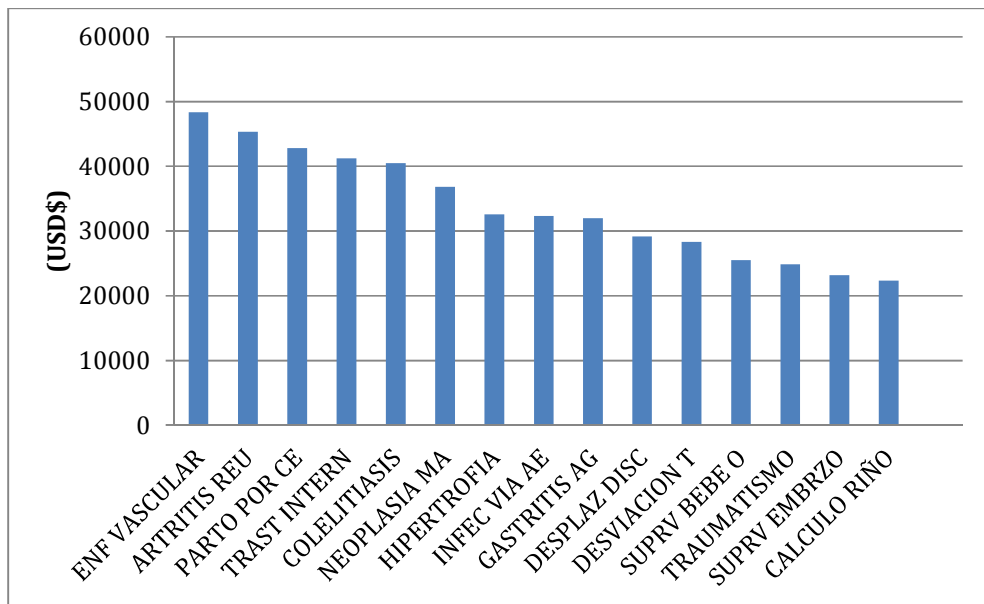


Elaborado por: Rosario Valdiviezo, Gladys Salazar y Fabricio Matabay

Al ser un producto enfocado a un mercado de nivel socioeconómico alto, cuyo valor de prima es elevado, en comparación a los demás productos comercializados por PALIG, no existe, en este tipo de póliza mayor siniestralidad, lo que implica que las condiciones de salud, bienestar en su parte psicológica cognitiva, económica financiera del núcleo núcleo familiar de este segmento no sea afectada.

La siguiente gráfica nos va a permitir observar como condiciones de salud, del grupo de asegurados estuvieron protegidas en los siguientes eventos de siniestralidad:

Figura No. 7: Valores Pagados por Diagnóstico Contratos Health Trust



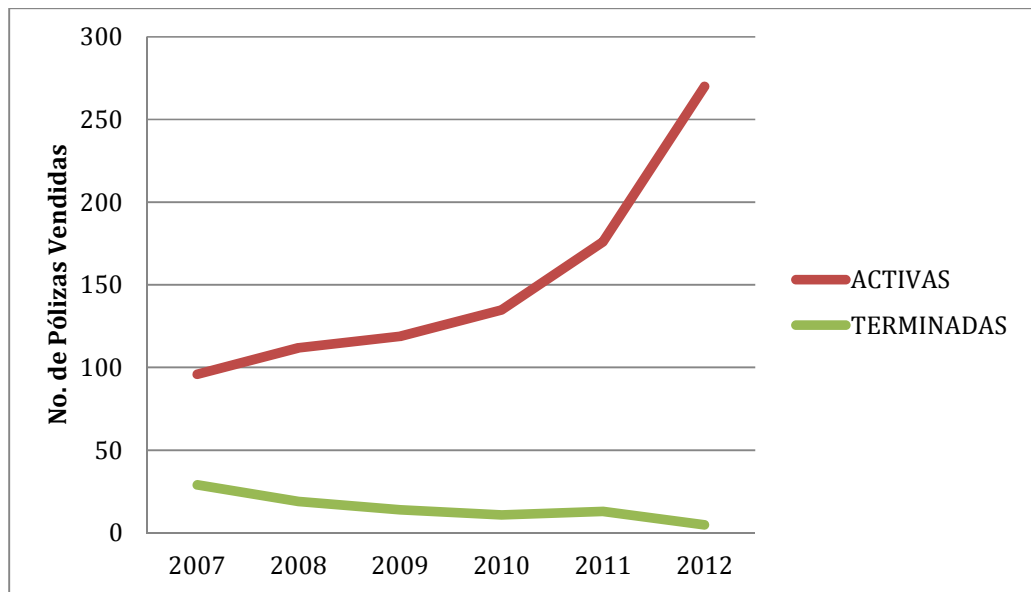
Elaborado por: Rosario Valdiviezo, Gladys Salazar y Fabricio Matabay

Como se puede apreciar, las principales enfermedades pagadas por reembolsos de los últimos tres años son: enfermedades vasculares, artritis reumáticas y cesáreas; todos estos amparados en diagnósticos correspondientes a la cobertura del contrato Health Trust en los segmentos de mercado corporativo.

1.4.4.3 Contrato de seguro denominado Corporativo

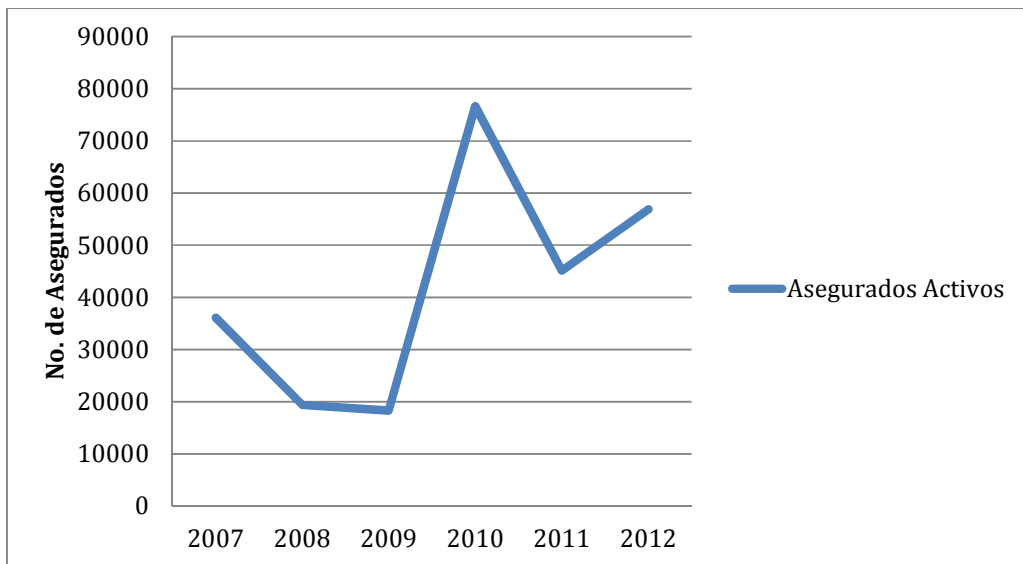
Póliza de seguros que brinda coberturas y da un servicio para dar protección a los empleados de las empresas que adquieren el producto.

Figura No. 8: Número de Pólizas Vendidas Corporativas



Elaborado por: Rosario Valdiviezo, Gladys Salazar y Fabricio Matabay

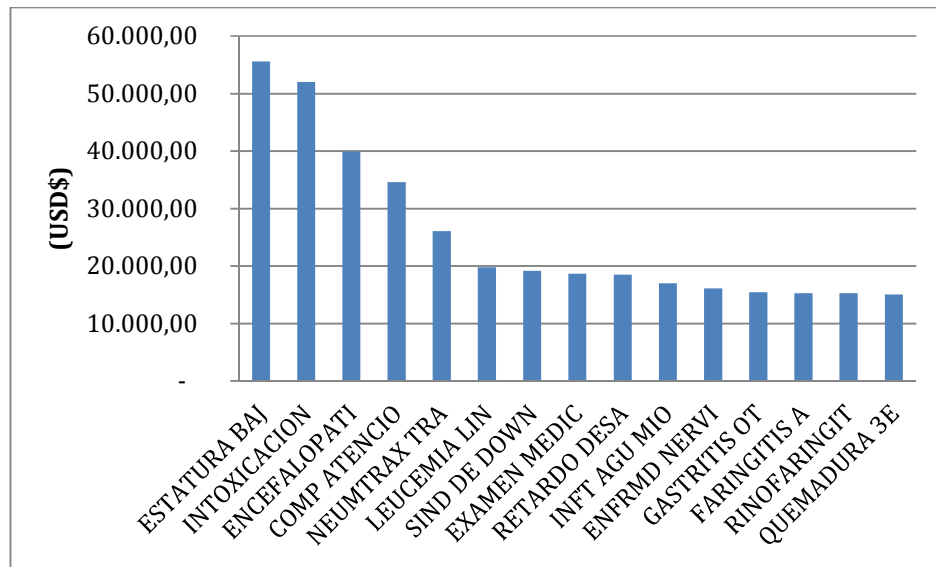
Figura No. 9: Número de Asegurados Corporativos



Elaborado por: Rosario Valdiviezo, Gladys Salazar y Fabricio Matabay

En general presenta una tendencia inestable respecto al número de asegurados, la cual representan un riesgo importante para PALIG, más aun teniendo en cuenta que es uno de los productos que más primas genera.

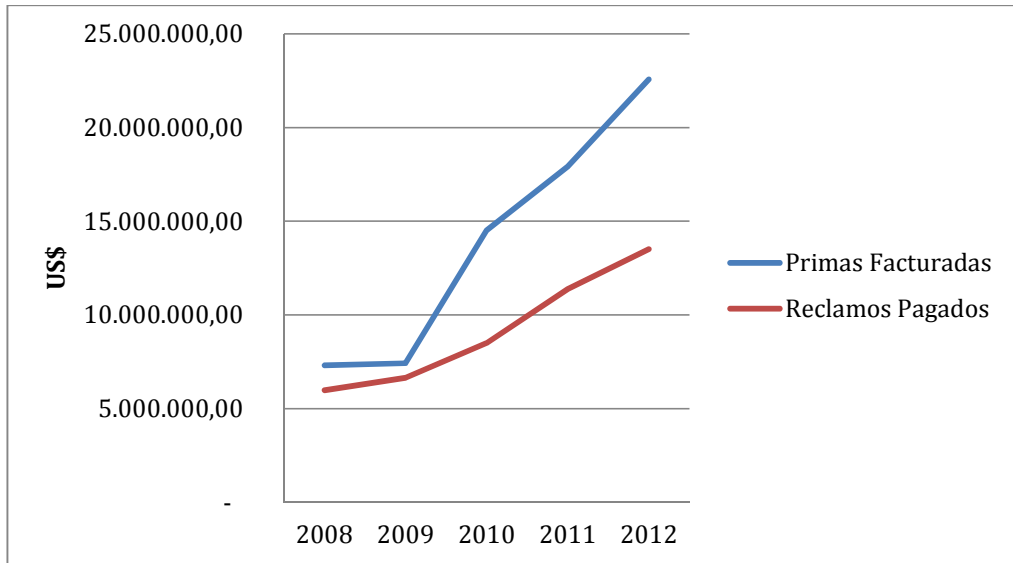
Figura No. 10: Valores pagados por diagnóstico Contratos Corporativos



Elaborado por: Rosario Valdiviezo, Gladys Salazar y Fabricio Matabay

Según los reportes generados de los últimos cinco años, se identifica que las patologías más reembolsadas son estatura baja, intoxicación y encefalopatía.

Figura No. 11: Primaje vs. Siniestralidad Pólizas Corporativas



Elaborado por: Rosario Valdiviezo, Gladys Salazar y Fabricio Matabay

Tabla No. 2: Detalle Siniestralidad Corporativo

Año	Primas Facturadas (A)	Reclamos Pagados (B)	Siniestralidad (B/A)
2008	7.309.530,90	5.975.399,51	82%
2009	7.425.600,72	6.636.572,52	89%
2010	14.526.137,03	8.510.847,24	59%
2011	17.906.943,11	11.372.599,87	64%
2012	21.321.835,24	13.512.932,01	63%
PROMEDIO	13.698.009,40	9.201.670,23	71%

Elaborado por: Rosario Valdiviezo, Gladys Salazar y Fabricio Matabay

En base a los datos obtenidos de primas facturadas y reclamos pagados por PALIG, se puede observar en las gráficas un porcentaje de siniestralidad promedio del 71% equivalente a (USD\$9'201.670,23) según tendencia histórica de los últimos cinco años,

sin embargo, podemos observar que en el año 2012 mantiene una siniestralidad del 63% misma que se encuentra dentro de la siniestralidad ideal de PALIG.

Esto nos demuestra la importancia del seguro, la misma que ha permitido la protección de las condiciones de salud y bienestar del beneficiario y que en el caso de que no se hubiera contratado el seguro generaría una afectación en las condiciones de salud, bienestar.

En base de la información analizada se puede considerar que en el proceso de la investigación se identifique las siguientes variables que pueden incidir en la contratación de la póliza de seguros:

- Incremento de Primas por un aumento de la siniestralidad
- Falta de conocimiento de cómo utilizar el seguro médico por parte del asegurado.
- Demoras en procesos de emisión y reembolso.
- Trámites tediosos para hacer efectivo el producto.

CAPÍTULO 2

EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Diagnóstico de situación

2.1.1 Riesgos Internos

Todos los contratos de asistencia médica tienen su particularidad de acuerdo a las coberturas contratadas por el cliente, las cuales diferencian beneficios como:

- **Coaseguro:** Es un reparto del riesgo y primas de seguros entre la compañía aseguradora y el asegurado dependiendo de condiciones preestablecidas en el contrato.

Ejemplo: Pedro acude a Recursos Humanos de su empresa con los documentos pertinentes de reembolso correspondientes a sus chequeos médicos realizados hasta la fecha. Todas sus facturas suman USD\$100,00; del cual la compañía aseguradora reembolsará US\$80,00 (80%); el valor restante correspondiente al 20% (coaseguro) es el valor asumido por Pedro según las condiciones del contrato de Asistencia Médica adquirida.

El principal problema encontrado en este riesgo es que el asegurado nunca recuperará el 100% del valor pagado por los servicios médicos recibidos. Esto es razonable ya que el seguro no constituye lucro y del ejemplo práctico citado nos demuestra la protección en las condiciones de salud y bienestar del beneficiario en su parte psicológica cognitiva, económica financiera.

Por otro lado se ha podido demostrar que existe un monto máximo contratado por diagnóstico grave, mismo que ponemos como ejemplo: Monto Asegurado de USD\$50.000,00. En el caso de sobrepasar dicho monto, el valor en exceso deberá correr por cuenta del asegurado además de que, para presentar un reclamo, por el mismo monto y diagnóstico, se deberá esperar dos años.

A pesar de esa condicionante del seguro podemos determinar que las condiciones de salud y bienestar del beneficiario no se afectarían.

- Además es necesario mencionar el ejemplo de Copago, el mismo que representa el valor que el asegurado paga cada vez que recibe atención en un centro médico que se encuentra en convenio con la aseguradora.

Ejemplo: Alexandra asiste a un Centro Médico en convenio con la empresa aseguradora, con la documentación necesaria para la atención. El costo de la consulta médica es US\$45,00; Alexandra, al contar con una póliza de asistencia médica debe cancelar únicamente USD\$9,00 que corresponde al 20% (copago).

Como vemos en el ejemplo real el asegurado está amparado su cobertura y la empresa aseguradora cancela el reclamo lo que implica la protección en las condiciones de salud y bienestar.

Por otro lado podemos determinar el siguiente escenario de cobertura, en que la persona que tuvo el seguro en su diagnóstico médico evaluado presenta lo que en el mundo de seguro se conoce como preexistente (cualquier enfermedad), la empresa aseguradora no puede cubrir dicho gasto, lo que implica en primera instancia que la liquidación sea un monto a pagar por el cliente, que en este caso se ve desprotegida su bienestar económico y si es una enfermedad que requiere atención cronológica refleja incidencia en las condiciones de salud.

Como observamos este es un asegurado amparado en una póliza contratada y se ve afectado en su condición de salud, bienestar aún más aquellos que no tienen un contrato de seguro ni siquiera podrían ir a un centro médico especializado de medicina, afectando de esta manera las condiciones de salud y bienestar en su parte psicológica cognitiva, económica financiera del núcleo familiar.

El ejemplo citado nos permite conocer que siempre en un contrato de seguros van a existir cláusulas en la que se mencione un valor mínimo para consultas médicas lo que representa el monto de cobertura y el cliente siempre debe identificar esta condicionante lo que permitirá estar preparado en su protección de salud y bienestar.

- Deducibles: Es el valor que el asegurado debe asumir anualmente antes de recibir el beneficio del reembolso correspondiente al 80%.

Ejemplo Alejandro presenta su primer reembolso de USD\$200 de los cuales USD\$100 corresponden al deducible según la póliza contratada, de los USD\$100 restantes recibirá el valor de USD\$80 que representa el reembolso del 80%.

El problema radica en que, los valores de deducible oscilan entre USD\$100,00 y USD\$200,00; valor que difícilmente puede ser cubierto en un solo reclamo por lo que, al no conseguir un reembolso, y si lo consiguen, el reembolso únicamente consistiría en el 80% del valor total de lo desembolsado. El cliente pierde el interés de considerar el reembolso otra vez.

El asegurado, al evaluar dicha situación, decide buscar opciones económicas de aseguramiento, o en su defecto, dejar de contar con el seguro.

Se deben diferenciar los contratos de pólizas con y sin limitación geográfica; en donde el segundo tipo, el valor de deducible puede llegar a ser hasta US\$500,00 por diagnóstico.

- **Créditos Hospitalarios:** Beneficio que recibe el asegurado al momento de la hospitalización debido a que cancela un valor mínimo o ningún valor al momento del incidente dependiendo del tipo de contrato de seguro adquirido.

Ejemplo: Carlos se hospitaliza debido a una apendicitis, presenta los documentos para el alta debido a que mantiene una póliza de asistencia médica con un Crédito Hospitalario al 100%. El valor total de la hospitalización asciende a US\$3.000, de los cuales Carlos, en ese momento, no cancela nada hasta después de recibir la liquidación por parte de la compañía aseguradora. La liquidación asciende a USD\$600,00 (20% del valor total de la hospitalización) que representa el coaseguro.

Sobre el mismo ejemplo, si Carlos mantuviere una póliza de asistencia médica con un Crédito Hospitalario 70 – 30, Carlos pagaría el valor correspondiente al 30% al momento de recibir el alta correspondiente que equivale USD\$900,00. En este caso, al momento de recibir la liquidación, ésta vendrá con un reembolso de US\$300,00 (10%) que corresponde al copago excedente.

El principal problema es que, si en la respectiva auditoría médica se llegase a determinar una preexistencia, el asegurado deberá pagar a la compañía de seguros el valor cubierto por la misma.

Al determinar el valor de la hospitalización a ser cubierto mediante crédito hospitalario por la empresa aseguradora, se deben descartar ciertos gastos como por ejemplo: gasas, guantes, papel higiénico, llamadas telefónicas, etc.

Otro problema es que, al aplicar el copago únicamente con centros médicos en convenio con la empresa aseguradora, en una emergencia, nos limita a buscar sólo esos centros lo cual puede ser riesgoso para la persona que sufrió el incidente.

De lo manifestado vemos como se protege las condiciones de salud y bienestar del beneficiario y que en el caso de que no se hubiera contratado el seguro generaría una afectación en las condiciones de salud, bienestar en su parte psicológica cognitiva, económica financiera familiar.

Es necesario citar una variable que en la investigación se presenta que es la siniestralidad y al ser alta ésta, la compañía de seguros se ve obligada a incrementar el valor de la prima, lo que ocasiona un riesgo con la consecuencia de que el cliente busque nuevas alternativas con otras aseguradoras de asistencia médica o la deserción del seguro lo que afectaría las condiciones de salud y bienestar del beneficiario y que en el caso de que no se hubiera contratado el seguro generaría una afectación en las condiciones de salud, bienestar en su parte psicológica cognitiva, económica financiera del núcleo familiar.

Otra variable observada en la investigación es que en los diferentes procesos que conllevan solicitar el reembolso, resultan tediosos para el asegurado, debido a los requisitos y documentos de respaldo que debe presentar para la devolución de su dinero lo que ocasiona malestar y pérdida de tiempo, desde la presentación de documentos en el departamento de Recursos Humanos de la empresa donde labora el afiliado hasta que recibe su cheque como reembolso por la atención médica recibida, cuyo tiempo mínimo preestablecido es de tres semanas.

Pero a pesar de esta circunstancia la condición de salud y bienestar del beneficiario no se ve afectada en su parte psicológica cognitiva, económica financiera y en su núcleo familiar.

2.1.2 Riesgos Externos

a). La Constitución de la República del Ecuador establece en su artículo 367 sección tercera que el sistema de seguridad social es público y universal y atenderá las necesidades contingentes de la población, dicha protección de las contingencias se hará efectiva a través del seguro universal obligatorio y de sus regímenes especiales; y según su artículo 369 sección tercera indica que el seguro universal obligatorio se extenderá a toda la población urbana y rural, con independencia de su situación laboral.(Asamblea Nacional Constituyente, 2008)

Lo antes indicado da apertura a una protección universal a los ciudadanos ecuatorianos lo que incrementa una competencia que puede afectar a PALIG porque va a incidir en la venta de las pólizas reduciendo renovaciones y nuevas contrataciones de las mismas.

Pero si la compañía de seguros PALIG diera a conocer los beneficios de las coberturas, se podrá establecer ciertas fortalezas como la elección de una prestación de acuerdo a su situación económica, mejores coberturas, aceptación de actividades preexistentes, maternidad, mejor servicio, entre otras; se podría contrarrestar las afectaciones antes mencionadas.

La Ley de Seguridad Social establece en su artículo 3 como riesgos cubiertos los siguientes:

1. Enfermedad
2. Maternidad
3. Riesgos del trabajo
4. Vejez, muerte e invalidez, que incluye discapacidad; y,
5. Cesantía

Este seguro protegerá a sus afiliados obligados. (Congreso Nacional, 2001)

La universalidad del seguro va a permitir que el núcleo familiar tenga el acceso al seguro general obligatorio, entre esto lo que es protección y atención médica.

b). Existen empresas de Medicina Pre pagada; las cuales constituyen una amenaza para las compañías que ofrecen seguros de asistencia médica. Estas empresas son reguladas por la Superintendencia de Compañías.

c). Inconformidad del asegurado al utilizar el servicio; sin el conocimiento y condiciones a las que está sometido dentro del contrato del seguro médico, afectando directamente al bienestar de los afiliados, provocando la no renovación o deserción de la póliza.

2.2 Contextualización del problema de investigación

2.2.1 El problema de investigación

El seguro médico privado no satisface las expectativas de cierto grupo de asegurados de Pan American Life Insurance Group, provocando renuncias, cancelaciones o no renovaciones del contrato de seguros. Este aspecto inquieta ya que al no estar protegidos los asegurados inciden directamente en las condiciones de salud y bienestar

2.2.2 Principales causas

- Despreocupación por parte del asegurado PALIG en temas referentes a su salud por considerarlos no muy riesgosos.
- Desconocimiento en el uso del seguro médico contratado, por falta de un correcto asesoramiento a los asegurados.
- Considerar como gasto innecesario el contar con un seguro médico privado o público.
- Elegir un seguro médico sin tomar en cuenta factores importantes como coberturas y beneficios.

2.2.3 Principales consecuencias o efectos

- Deterioro de las condiciones de salud del beneficiario PALIG.

- Asegurados renuncian al seguro médico contratado.
- Incurrir en gastos considerables al momento de presentarse siniestros.
- No recibir la atención y beneficios esperados por el cliente ya sea en casos de prevención o de emergencia.

2.3 Formulación del problema de investigación

2.3.1 Pregunta de investigación

¿Por qué los asegurados desisten de su seguro médico privado contratado?

¿Por qué el seguro médico privado no satisface las expectativas de cierto grupo de asegurados de Pan-American Life Insurance Group, provocando renuncias inesperadas por el servicio recibido?.

2.4 Sistematización del problema de investigación

¿Por qué existe despreocupación por parte de los asegurados PALIG en temas referentes a salud?

Porque los síntomas presentados son considerados como no muy riesgosos.

¿Por qué existe desconocimiento en el uso del seguro médico contratado por el asegurado PALIG?

¿Por qué se considera como un gasto innecesario el contar con un seguro médico privado o público?

¿Porque no se hace uso del seguro frecuentemente?

¿Por qué no se consideran factores importantes como: coberturas y beneficios al momento de elegir un seguro médico?

¿Porque únicamente se considera el factor económico?

CAPÍTULO 3

MARCO TEÓRICO

3.1 Bases teóricas

Para iniciar con el estudio presentamos los siguientes argumentos teóricos que nos ayudarán al desarrollo de la presente investigación. La fundamentación teórica iniciará con la elaboración del marco teórico conceptual el que se convertirá en el cuerpo y la base del diseño de la propuesta presentada.

3.1.1 Marco teórico – conceptual

Se abarcará el tema del bienestar bajo los enfoques capitalista y de economía popular y solidaria, mismos que nos ayudarán a entender de mejor manera si los beneficiarios de las empresas de seguros médicos privados se encuentran satisfechos con el servicio recibido.

3.1.1.1 Bienestar

“El concepto de bienestar se refiere a las actitudes y comportamientos que mejoran la calidad de vida y nos ayuda a llegar a un estado de salud óptima. Es aquel proceso activo dirigido a mejorar nuestro estilo de vida en todas sus dimensiones”. (Donatell, 1999)

El bienestar es el sentir de una persona al ver satisfechas todas sus necesidades en materia fisiológica y psicológica, permitiendo el desarrollo de un nivel adecuado de salud general, obtenido a través de hábitos saludables tanto en las dimensiones físicas, mentales, sociales, espirituales y emocionales.

Bienestar y salud son dos conceptos que van íntimamente ligados por ello la necesidad de llegar a evaluar el impacto que el contrato de seguros (póliza), correspondiente al seguro médico privado ofrecido por Pan-American LifeInsuranceGroup (PALIG) a sus asegurados les ha satisfecho en sus condiciones de salud y por ende en el bienestar de sus beneficiarios y en el ahorro generado en la prestación del seguro.

3.1.1.1.1 Bienestar bajo el enfoque capitalista

“El capitalismo es un orden social que deriva del usufructo de la propiedad privada sobre el capital como herramienta de producción, y que se encuentra mayormente determinado por relaciones económicas relacionadas con las actividades de inversión y obtención de beneficios”. (Heilbroner, 1999)

“El capitalismo es el sistema económico en el cual el capital se convierte en el principal motor de la economía, siendo el dinero y los bienes de producción los que la sostienen en los distintos países y del mundo”. (Rodríguez, Saz, & Serrano, 2012)

El bienestar bajo este enfoque se basa en la adquisición y posesión de bienes y servicios propios de la sociedad de consumo, cuyo fin es obtener ganancias únicamente para el capital lo cual ha impulsado monopolios que favorecen a un grupo minoritario de personas que poseen medios de producción dejando de lado a los que no, muchas veces se manejan sin considerar al trabajador ni al medio ambiente.

En la ciudad de Quito, el bienestar bajo el enfoque capitalista de las compañías de seguros médicos ha llegado a ocupar un espacio como uno de las actividades comerciales más lucrativas, negociando con la salud de los habitantes al adquirir sus servicios.

3.1.1.1.2 Bienestar bajo el enfoque de la economía popular y solidaria

Se entiende por economía popular y solidaria a la forma de organización económica, donde sus integrantes, individual o colectivamente, organizan, y desarrollan procesos de producción, intercambio, comercialización, financiamiento y consumo de bienes y servicios, para satisfacer necesidades y generar ingresos, basadas en relaciones de solidaridad, cooperación y reciprocidad, privilegiando al trabajo y al ser humano como sujeto y fin de su actividad. (MIESS, 2012)

El sistema económico es social y solidario; reconoce al ser humano como sujeto y fin; propende a una relación dinámica y equilibrada entre Sociedad, Estado y Mercado, en armonía con la naturaleza; y tiene por objetivo garantizar la producción y reproducción

de las condiciones materiales e inmateriales que posibiliten el buen vivir. (Coraggio, ECONOMÍA SOCIAL El trabajo antes del Capital, 2011)

Bajo estos conceptos, el enfoque del bienestar desde el punto de vista de la economía popular y solidaria considera al trabajador, cliente y medio ambiente que lo rodea, como ejes primordiales en el sistema productivo, en contraste al enfoque capitalista cuyo pilar fundamental es el poder económico.

Las compañías de seguro médicos privados de la ciudad de Quito no cuentan con un enfoque de economía popular y solidaridad con sus empleados y beneficiarios, ya que su gestión únicamente se basa en el desarrollo económico sin considerar la práctica del buen vivir, puesto que:

El Buen Vivir, en suma, aparece como una oportunidad para construir otra sociedad sustentada en la convivencia del ser humano en diversidad y armonía con la Naturaleza, a partir del reconocimiento de los diversos valores culturales existentes en cada país y en el mundo. (Coraggio, ECONOMÍA SOCIAL Y SOLIDARIA - E trabajo antes que el capital, 2011)

Una vez analizado estas definiciones podemos evidenciar la necesidad de generar estrategias para encaminar el sistema actual de las aseguradoras hacia un enfoque más social y solidario.

3.1.1.3 Evaluación de Impacto

En la evaluación de impacto no solo se encuentra los resultados previstos sino aquellos que no se encuentran dentro de la prevención, contemplando los efectos positivos y negativos para poder lograr la implementación de un determinado programa o proyecto.

“La evaluación de impacto es la valoración de los resultados de la aplicación de una acción en un grupo, que indaga en todo tipo de efectos, tanto los buscados, de acuerdo con los objetivos de la acción, como otros no planificados”. (Libera, 2006)

La evaluación del impacto en función del bienestar de los asegurados de la compañía PALIG busca mejorar el servicio que brinda esta empresa a sus usuarios, mediante la

elaboración de coberturas con el fin de analizar el cumplimiento y satisfacción de las necesidades. Esta evaluación se la realizará por medio de encuestas a los usuarios que determinen las opiniones vertidas de los mismos y así conocer a fondo la problemática y el impacto. Este modelo de evaluación proporcionará un mecanismo de interrelación entre los beneficiarios con el fin de que se pueda brindar contratos de seguros o productos con el fin de que se puedan proteger las condiciones de salud y bienestar del de los beneficiarios y de aquellos que no han accedido.

El propósito de la evaluación es determinar las principales causas de insatisfacción de los beneficiarios para brindar una oportuna solución, tomando en cuenta las ventajas y desventajas de las condiciones de salud y bienestar que poseen los asegurados de PALIG.

3.1.1.4 Calidad en la atención médica

La atención de calidad va más allá de la competencia de los profesionales y las organizaciones, de la calidad técnica de los procedimientos utilizados o de la adecuación y efectividad diagnóstica y terapéutica. Hay que obtener también la satisfacción del cliente, que se produce a partir de la experiencia vivida al recibir el servicio, y que no se encuentra siempre relacionada con la calidad técnica. Esta dimensión que traduce la satisfacción del usuario es la que llamamos calidad percibida. (Fernández, 2000)

“La Calidad de la atención medica depende, en gran parte, de la aplicación de la ciencia y la tecnología, de manera que rinda el máximo de beneficios para la salud sin aumentar los riesgos”. (Garcia, 2006)

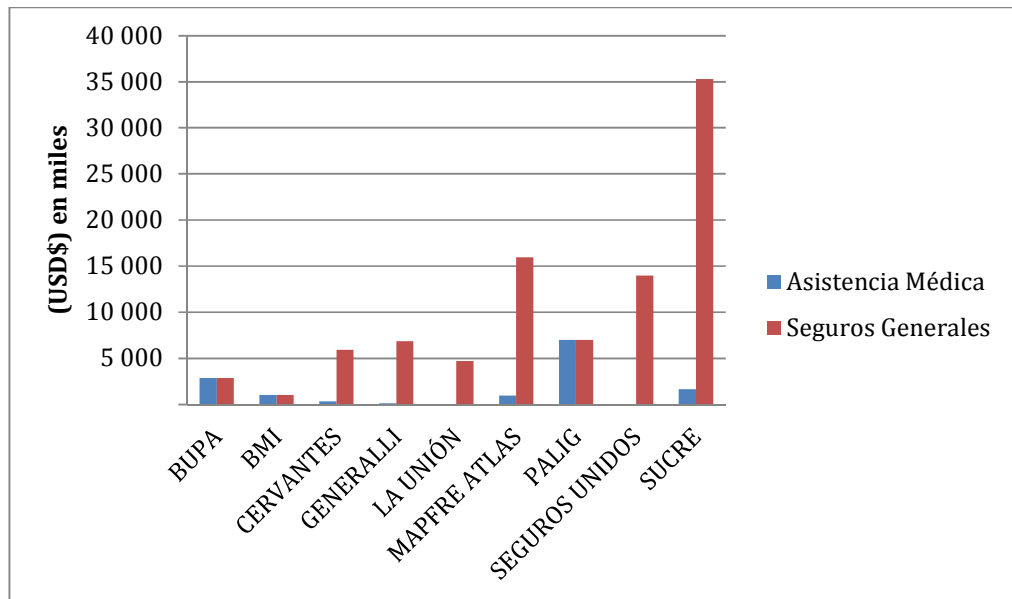
La identificación de la calidad de la atención médica es la atención necesaria y adecuada a la persona en el requerimiento presentado.

3.1.2 Marco Referencial

El sistema de seguros privado ecuatoriano se compone de 44 instituciones reguladas por la Superintendencia de Bancos y Seguros; de éstas, 9 ofrecen seguros de asistencia médica.

A marzo del 2013, el impacto que tiene el valor de prima emitida por concepto de seguro de asistencia médica a comparación del valor total de seguros generales por compañía se representa en el siguiente gráfico:

Figura No. 12: Valor de las Primas Emitidas por las Principales Aseguradoras

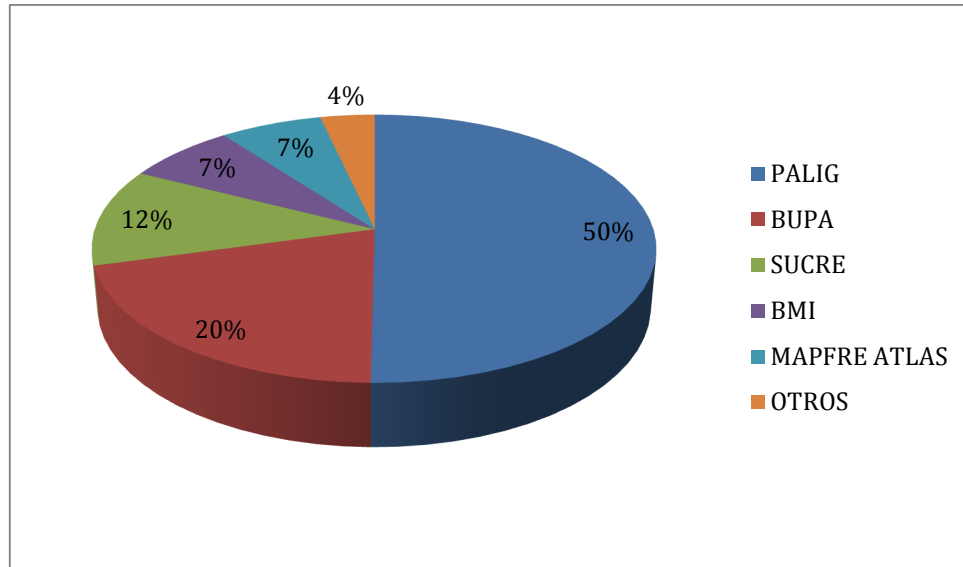


Elaborado por: Rosario Valdiviezo, Gladys Salazar y Fabricio Matabay

El valor total de la prima generada por concepto de asistencia médica de las compañías de seguros analizadas, para marzo 2013, asciende a USD\$13'927.000 lo cual representa un 15% del valor total de los seguros generales cuyo valor es de USD\$93'583.000.

La participación de las compañías emisoras de seguros de asistencia médica está representada en el siguiente gráfico:

Figura No. 13: Participación en Primas Emitidas en Seguros de Asistencia Médica a Marzo del 2013

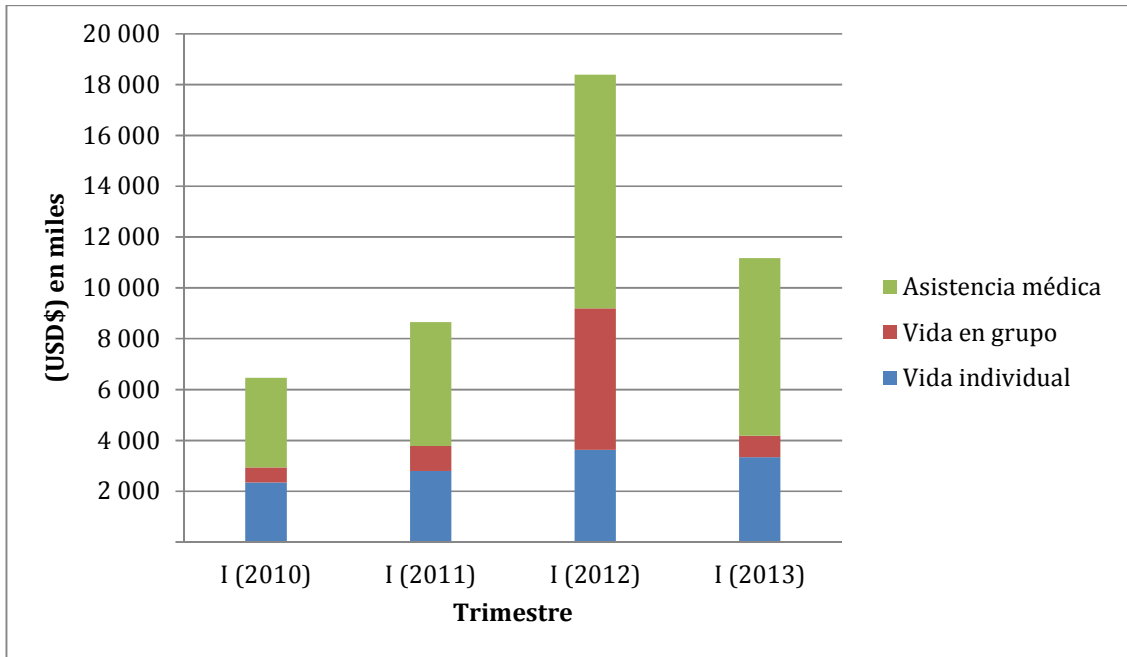


Elaborado por: Rosario Valdiviezo, Gladys Salazar y Fabricio Matabay

Pan American Life Insurance Group (PALIG) es la compañía de mayor participación en la emisión de seguros de asistencia médica con un 50,19% (USD\$6'990.764,95 al primer trimestre del año 2013).

En la compañía Pan American Life Insurance Group (PALIG) la participación del seguro de asistencia médica está representada de la siguiente manera:

Figura No. 14: Primas Emitidas por Producto



Elaborado por: Rosario Valdiviezo, Gladys Salazar y Fabricio Matabay

Como se puede apreciar en el gráfico, la participación de los seguros de asistencia médica es importante en el transcurso del tiempo para la Compañía PALIG. Tal es así que, para el primer trimestre del año 2013, este valor constituye el 63% del valor total de primas emitidas que oscila entre 4'000.000 a 11'000.000 la tendencia de crecimiento presenta del 2010 a 2012.

Lo que implica una falta de cobertura para las condiciones de salud y bienestar en su parte psicológica cognitiva, económica financiera del núcleo familiar.

3.2 Bases Jurídicas

Hemos considerado como bases jurídicas las siguientes referencias:

3.2.1 Ley General de Seguros, codificación

Expedida en el año 2008, esta ley regula la constitución, organización, actividades, funcionamiento y extinción de las personas jurídicas y las operaciones y actividades de las personas naturales que integran el sistema de seguro privado; las cuales se someterán a las leyes de la República y a la vigilancia y control de la Superintendencia de Bancos y Seguros. (H. Congreso Nacional, 2008)

3.2.2 Legislación sobre el contrato de seguros – Decreto Supremo 1147

El mencionado decreto define los elementos del contrato de seguro, derechos y obligaciones de las partes a la vez que clasifica e identifica los tipos de seguros legales a ser comercializados por las empresas aseguradoras.

La norma jurídica nos permite concluir que está se encamina para la protección de las condiciones de salud y bienestar del asegurado.

CAPÍTULO 4

MARCO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de investigación

La investigación que se aplicará será de tipo descriptivo – explicativo propuesto para el desarrollo de la investigación, la cual permitirá el cumplimiento de los objetivos planteados; y además de la aplicación del marco lógico en el proyecto creando la relación causa-efecto que permitirá atacar directamente las causas por las que se han generado el problema de investigación y llegar a su solución.

4.2 Diseño de la investigación

La investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, aquella que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones. De aquí, que lo cualitativo (que es el todo integrado) no se opone a lo cuantitativo (que es sólo un aspecto), sino que lo implica e integra, especialmente donde sea importante.(Galeano, 2004)

Para el desarrollo de la presente investigación, se elige el enfoque cualitativo, en razón de la naturaleza del problema y los objetivos a conseguir con la ejecución y además, porque en el proceso de desarrollo se utilizarán técnicas cualitativas para la comprensión y descripción de los hechos, orientándolo básicamente a los procesos, al conocimiento de una realidad dinámica y holística, evitando las mediciones y el uso de las técnicas estadísticas.

Dicha investigación busca analizar el impacto del seguro médico privado de Pan-American Life Insurance Group sobre sus afiliados, preestableciendo un mecanismo que permitirá determinar el grado de satisfacción de los mismos e identificar los motivos principales del descontento.

El trabajo se apoyará además en la Investigación documental bibliográfica, la cual permitirá construir la fundamentación teórica científica del proyecto así como la propuesta para el desarrollo de este producto, también se incluye la investigación de campo, descriptiva a través de la observación y aplicación de instrumentos con el

propósito de elaborar el diagnóstico real de necesidades, dar respuestas a las preguntas directrices y analizar científica y técnicamente la propuesta mencionada.

4.3 Población y muestra

4.3.1 Mercado objetivo

El mercado objetivo es el número de asegurados de los productos respectivos a asistencia médica de Pan American Life Insurance Group, con el fin de conocer e identificar las percepciones, nociones, expectativas, necesidades y características de los mismos.

El cálculo de la muestra está determinado para los beneficiarios de la compañía Pan American Life Insurance Group, el mismo que es de 72.918. Este dato sirve de referencia para el plan de muestreo como información de población. El cual al ser aplicado con un grado de confiabilidad del 95%, un 5% de margen de error y 50% de probabilidad de ocurrencia, tal como se puede observar en la siguiente fórmula de Muestreo Aleatorio Simple.

4.3.2 Determinación de la muestra

La muestra está enfocada a los beneficiarios de la compañía de seguros Pan American Life Insurance Group, donde se elaborará encuestas las cuales permitan determinar la calidad de servicios, condiciones de salud y beneficios que oferta esta compañía.

4.3.2.1 Fórmula de la muestra para los beneficiarios de la aseguradora Pan American Life Insurance Group

La fórmula a ser utilizada para determinar la muestra es la siguiente:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{Z^2 * p * q + (N - 1) * e^2}$$

Dónde:

- **N** = Tamaño de la población.
- **Z** = Nivel de fiabilidad del 95% (valor estándar de 1.96)
- **p** = Probabilidad de aceptación o positiva (50%)
- **q** = Probabilidad de negación o negativa (50%)
- **e** = Margen de error 5%

Aplicando la fórmula:

$$n = \frac{72\,918 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{1.96^2 * 0.5 * 0.5 + (72\,918 - 1) * 0.0025}$$
$$n = \frac{70\,030.45}{183,25}$$
$$n = 382$$

La muestra de la población a investigar es de 382 beneficiarios de la compañía Pan American Life Insurance Group. Para una mejor recolección de datos, hemos seleccionado, como instrumento de recolección de datos, dos tipos de encuestas dirigidos a dos tipos de beneficiarios: el primer tipo de encuesta va dirigido a las personas afiliadas que mantienen el seguro de asistencia médica con la posibilidad de que hayan utilizado o no la póliza del seguro, y el otro tipo de encuesta va dirigido a personas que han hecho uso del seguro de asistencia médica en las compañías afiliadas a PALIG (Proveedores). Para cada una de las clasificaciones hemos dividido la muestra a 191 asegurados por tipo.

4.4 Tipo de muestreo

4.4.1 Muestreo aleatorio simple

El procedimiento empleado es el siguiente:

- Se asigna un número a cada individuo de la población.

- A través de algún medio mecánico se eligen tantos sujetos como sea necesario para completar el tamaño de la muestra requerida.

Este procedimiento es atractivo por su sencillez, tiene poca o nula utilidad práctica cuando la población que estamos manejando es muy grande.

4.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos que se aplicarán en la presente investigación serán: la encuesta, y cuestionario. Los resultados de este estudio constarán en anexos.

El instrumento en términos generales, contendrá ítems referidos a detectar la necesidad del problema planteado, así como la factibilidad y componentes de las dimensiones.

Los instrumentos mencionados serán diseñados de acuerdo a la técnica de elaboración de encuestas, los insumos que tendrán como contenidos.

- Identificación de la institución.
- El objetivo del instrumento.
- Las instrucciones para contestar.
- El cuestionario de preguntas.

Este último contenido, el cuestionario de preguntas, tendrán una estructura cerrada y abierta, ya que se van a referir a criterios u opiniones que tienen con respecto de la gestión del problema.

4.5.1 Instrumentos de investigación

Los datos que se obtengan, mediante la aplicación de los instrumentos de medición serán procesados a través de las técnicas de la estadística descriptiva, considerando particularmente los resultados de cada ítem del cuestionario.

El proceso a seguir será el siguiente:

- Tomar los instrumentos aplicados.
- Tabular los datos ítem por ítem.
- Definir las frecuencias absolutas simples de cada ítem y de cada alternativa.

- Calcular la frecuencia relativa simple de cada una de las alternativas.
- Elaborar un instrumento estadístico con los resultados.
- Elaborar gráficos con los resultados del cuadro estadístico para mejor objetivación y comprensión de sus contenidos.

Los resultados servirán de base e insumos para la elaboración de las proyecciones, conclusiones, recomendaciones y diagnóstico de necesidades situacionales.

4.6 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

El tipo de investigación que se utilizará en este proyecto será “descriptivo”, con el que se describirá y cuantificará las variables existentes en el mercado objetivo.

En el estudio de tipo Descriptivo, se determina una serie de cuestiones, para su posterior análisis y medición a cada una de ellas en forma independiente.

- **Observación.**_ Es el proceso de conocimiento por el cual se perciben deliberadamente ciertos rasgos existentes en el objeto de conocimiento. (Méndez, Metodología, guía para elaborar diseños de investigación, 1995)

Este método nos permite identificar a través de la observación, las necesidades de los asegurados del seguro médico privado de Pan American InsuranceGroup.

- **Inductivo.**_ Proceso de conocimiento que se inicia por la observación de fenómenos particulares y que permite llegar a conclusiones generales. (Méndez, 1995)
- **Muestreo probabilístico aleatorio simple.**_ Los elementos de la muestra se eligen individual y directamente por un proceso de selección aleatorio. Todos los miembros del universo tienen la misma probabilidad de ser incluidos en cada extracción de la muestra.
- **Encuesta.**_ Técnica que sirve para recolectar datos cualitativos y cuantitativos del grupo objetivo, que utiliza como instrumento un cuestionario prediseñado.
- **Bibliográfica.**_ Esta técnica permite encontrar información existente, que ayudará al desarrollo y sustentación del proyecto.

4.6.1 Análisis de datos

La muestra seleccionada fue de 382 personas clientes de Pan American LifeGroup quienes cuentan con pólizas de asistencia médica para conocer sus opiniones respecto al tema de investigación: Impacto del seguro médico privado en las condiciones de salud y bienestar del beneficiario.

La muestra aplicada fue la siguiente:

Grupo #	Clientes que han utilizado su cobertura en proveedores red abierta	191
1	(compañías de convenio o médico de confianza)	
Grupo #	Clientes que han utilizado su cobertura en proveedores red cerrada	191
2	(compañías de convenio)	
Total		382

4.6.1.1 Objetivos investigación primaria

Para cada grupo de la muestra se elaboró un tipo de encuesta diferente, cuyos objetivos son:

Grupo # 1:

1. Determinar el nivel de satisfacción del asegurado en las diferentes etapas desde el inicio de la atención médica hasta el reembolso de los gastos generados por la misma.
2. Establecer el nivel conocimiento por parte del asegurado respecto a las coberturas y exclusiones de su póliza y si ha recibido capacitación alguna por parte del asesor productor de seguros.

Grupo # 2:

1. Determinar el nivel de satisfacción del asegurado respecto al servicio e infraestructura ofrecido por el proveedor.
2. Establecer servicios adicionales según las necesidades de los asegurados que utilizan dicho proveedor.

4.6.1.2 Desarrollo de la investigación

La recolección de la información se realizó en las siguientes fechas:

Grupo # 1 1-jul-2013 al 10-jul-2013

Grupo # 2 11-jul-2013 al 18-jul-2013

En el grupo # 1, los clientes fueron contactados a través de los asesores productores de seguros, con el fin de realizar las encuestas directamente al asegurado. Los asesores productores de seguros fueron los siguientes:

- Uniseguros
- Vanguardia
- Restrepo Ospina & Asociados
- Respaldo
- Prevenir

En el grupo # 2, los clientes fueron contactados a través de la Ing. Diana Farinango – Directora de Convenios Pan American Life Insurance Group, quien gestionó las visitas correspondientes en los distintos centros médicos de convenio con la finalidad de realizar las respectivas encuestas. Los centros médicos de convenio encuestados fueron:

- Red Médica
- Biodilab
- Biodimed
- Axxis
- Clínica Pasteur
- Clínica Pichincha
- Novaclínica

En el levantamiento de la información a través de encuestas encontramos una buena disposición de los entrevistados en su mayoría, por lo que a más de contestar las preguntas planteadas, recibimos valiosos comentarios y sugerencias que enriquecieron la información obtenida en las encuestas.

4.6.1.3 Resumen de cuadros estadísticos

4.6.1.3.1 Grupo número Uno

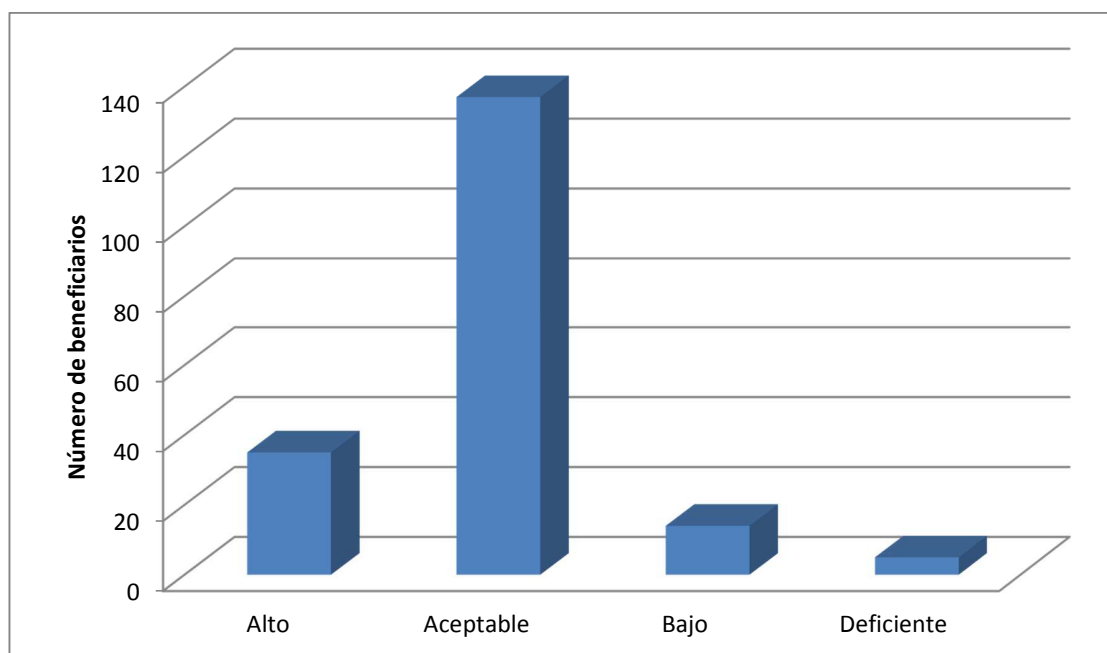
Pregunta No. 1: ¿Cuál es el grado de satisfacción que tiene, en cuanto a servicios, atención personal, condiciones, etc.? Indique el motivo.

Tabla No. 3: Pregunta No. 1: ¿Cuál es el grado de satisfacción que tiene, en cuanto a servicios, atención personal, condiciones, etc.? Indique el motivo.

Alto	Aceptable	Bajo	Deficiente	Total
35	137	14	5	191

Elaborado por: Rosario Valdiviezo, Gladys Salazar y Fabricio Matabay

Figura No. 15: Pregunta No. 1: ¿Cuál es el grado de satisfacción que tiene en cuanto a servicios, atención personal, condiciones, etc.? Indique el motivo.



Elaborado por: Rosario Valdiviezo, Gladys Salazar y Fabricio Matabay

Principales motivos:

Los principales motivos señalados por los beneficiarios PALIG según sus experiencias fueron:

Entre los aspectos positivos podemos mencionar los siguientes:

- Atención ágil y eficiente
- Profesionales médicos competentes
- Áreas de servicio adecuadas
- Libertad de elección en cuanto a proveedores se refiere, es decir, el asegurado puede atenderse tanto en un lugar de convenio establecido por la compañía como con el médico de confianza.

Y, como aspectos negativos los siguientes:

- Demora en la atención telefónica
- Personal de enfermería poco proactivo
- Retraso en los procesos de reembolso
- En ocasiones el seguro no cubre situaciones de emergencia

Análisis:

Existe un 72% de aceptación del servicio recibido por parte de los asegurados, debido a los aspectos positivos antes mencionados, lo que significa que el seguro de asistencia médica ofertado por PALIG mantiene un nivel estándar que permite proteger a sus asegurados de sus posibles siniestros, mejorando sus condiciones de salud y bienestar tanto en la parte psicológica, económica y financiera.

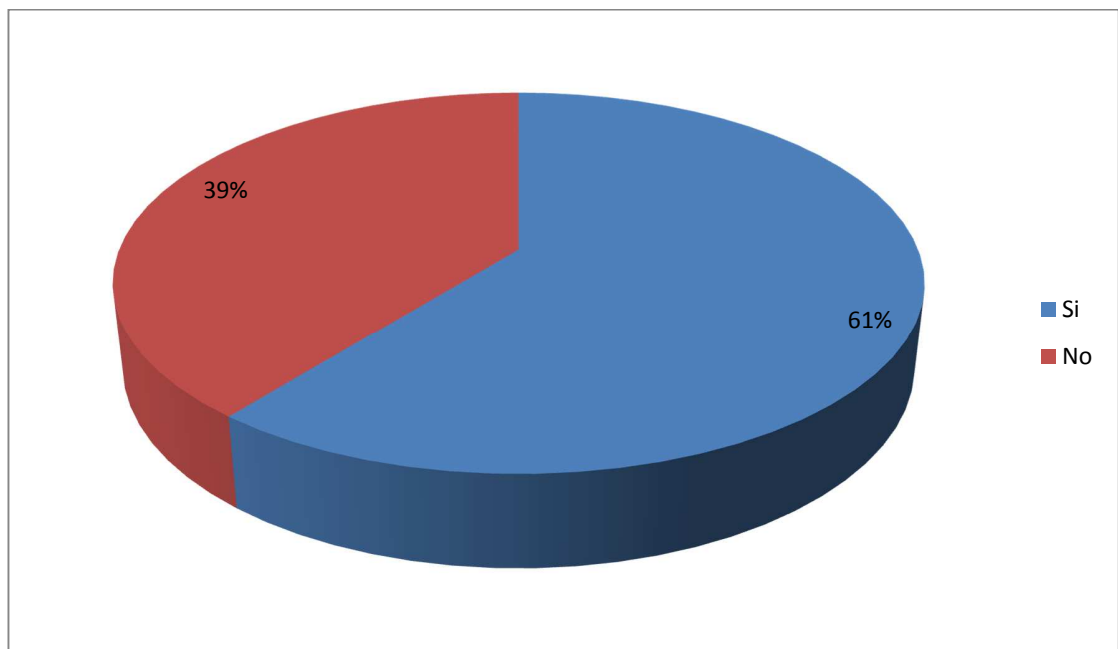
Pregunta No. 2: ¿Conoce acerca de las coberturas y exclusiones de su póliza?

Tabla No. 4: Pregunta No. 2: ¿Conoce acerca de las coberturas y exclusiones de su póliza?

Si	No	Total
116	75	191

Elaborado por: Rosario Valdiviezo, Gladys Salazar y Fabricio Matabay

Figura No. 16: Pregunta No. 2: ¿Conoce acerca de las coberturas y exclusiones de su póliza?



Elaborado por: Rosario Valdiviezo, Gladys Salazar y Fabricio Matabay

Análisis:

De la información recopilada podemos deducir que el 61% de los asegurados, es decir, la mayoría tienen conocimientos acerca de las coberturas y exclusiones de la póliza contratada, lo que permite evidenciar que el asegurado de PALIG se siente respaldado frente a cualquier eventualidad referente a su salud

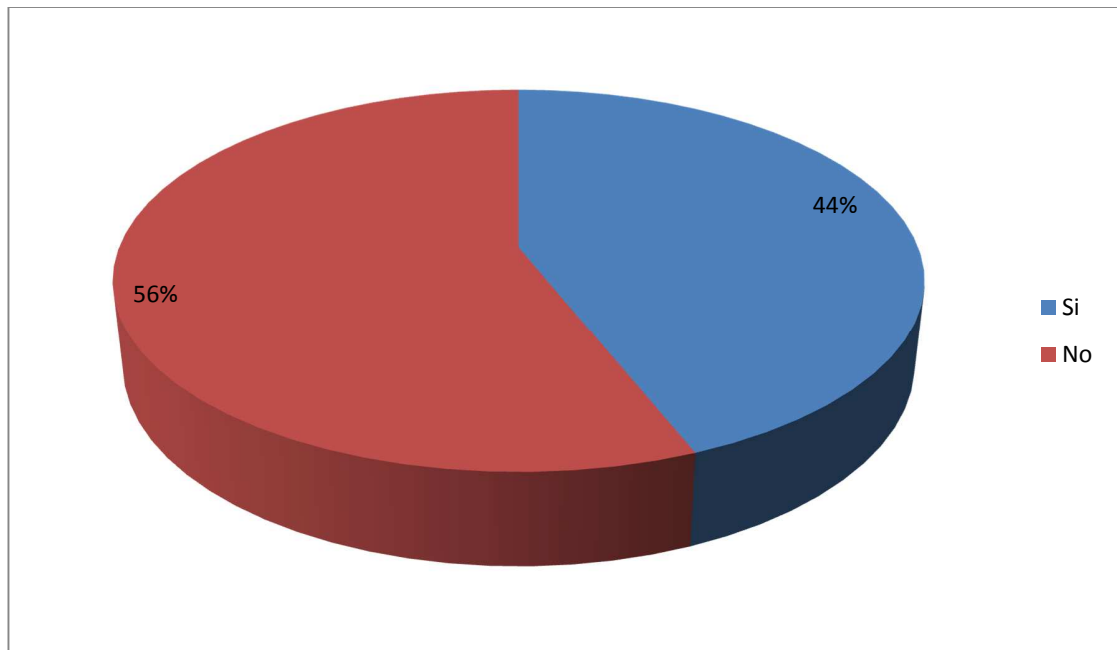
Pregunta No. 3: ¿El asesor productor de seguros le ha impartido una debida capacitación sobre los beneficios de su seguro médico privado?

Tabla No. 5: Pregunta No. 3: ¿El asesor productor de seguros le ha impartido una debida capacitación sobre los beneficios de su seguro médico privado?

Si	No	Total
84	107	191

Elaborado por: Rosario Valdiviezo, Gladys Salazar y Fabricio Matabay

Figura No. 17: Pregunta No. 3: ¿El asesor productor de seguros le ha impartido una debida capacitación sobre los beneficios de su seguro médico privado?



Elaborado por: Rosario Valdiviezo, Gladys Salazar y Fabricio Matabay

Análisis:

El 56% de los asegurados menciona no haber recibido capacitación sobre los beneficios de la póliza de asistencia médica contratada, esto nos permite determinar que los asegurados no tienen conocimiento de sus coberturas y exclusiones en base a la experiencia vivida o necesidad presentada al momento del siniestro, al solicitar el reclamo del seguro médico.

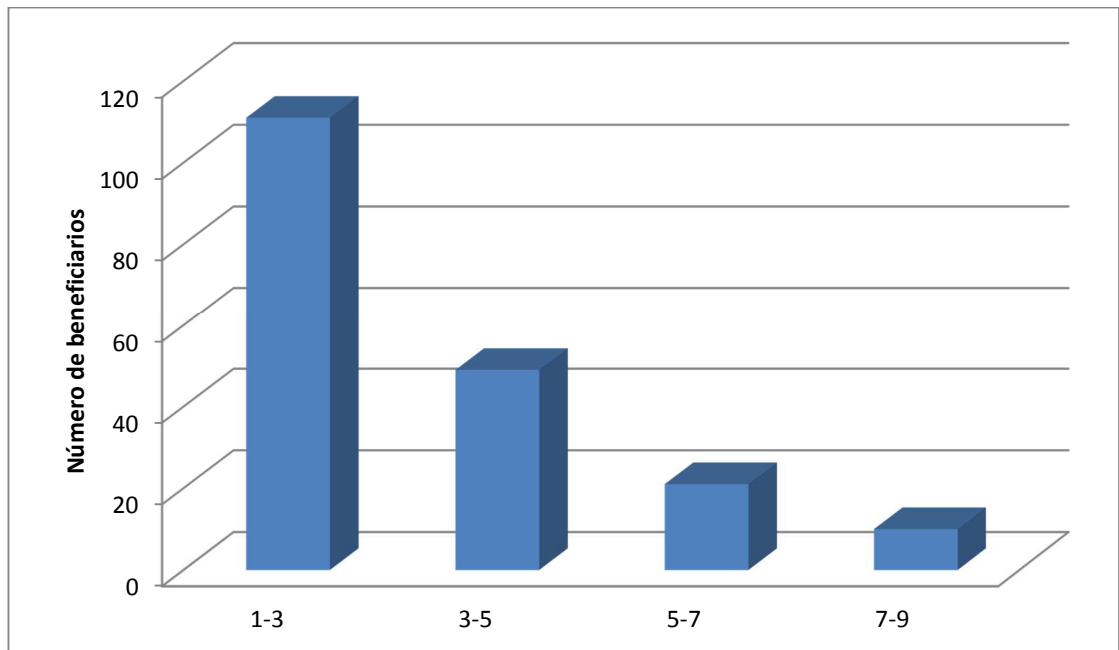
Pregunta No. 4: ¿Con qué frecuencia en el año utiliza su seguro médico privado?

Tabla No. 6: Pregunta No. 4: ¿Con qué frecuencia en la año utiliza su seguro médico privado?

Frecuencia (veces)	Total
1-3	111
3-5	49
5-7	21
7-9	10
Total	191

Elaborado por: Rosario Valdiviezo, Gladys Salazar y Fabricio Matabay

Figura No. 18: Pregunta No. 4: ¿Con qué frecuencia en el año utiliza su seguro médico privado?



Elaborado por: Rosario Valdiviezo, Gladys Salazar y Fabricio Matabay

Análisis:

El 58% de los asegurados PALIG mantienen una frecuencia de uso baja (de uno a tres veces en el año) debido a varios factores como la edad, falta de conocimiento en el uso de la póliza, trámites tediosos, entre otros.

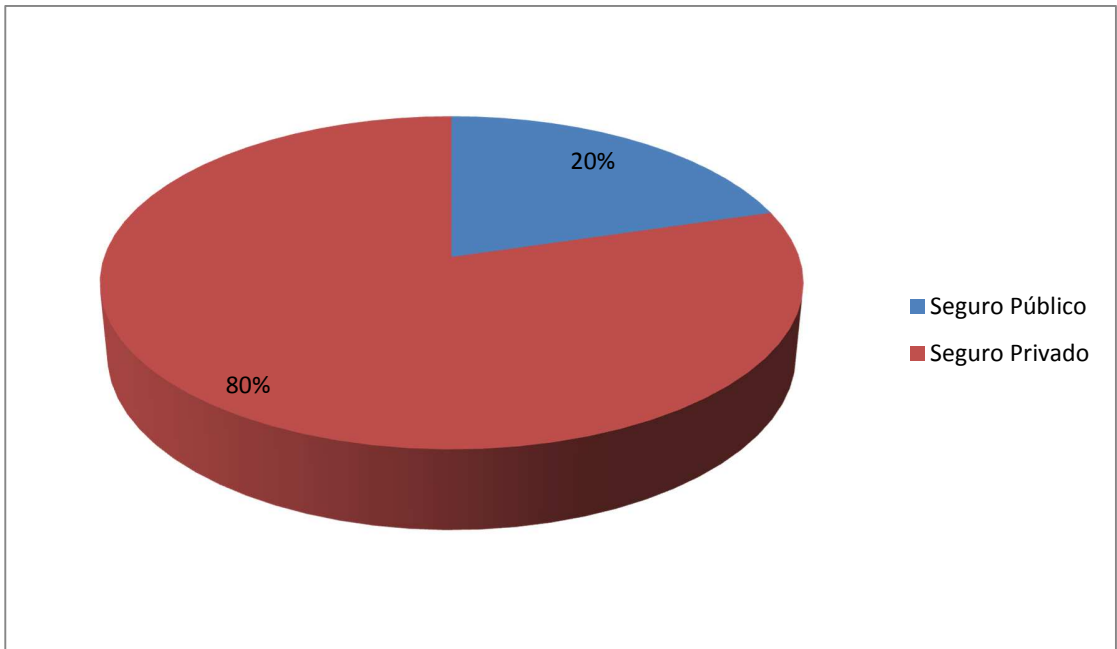
Pregunta No. 5: ¿En caso de emergencia usted preferiría recurrir al seguro público (IESS) o a su seguro médico privado? ¿Por qué?

Tabla No. 7: Pregunta No. 5: ¿En caso de emergencia usted preferiría recurrir al seguro público (IESS) o a su seguro médico privado? ¿Por qué?

Seguro Público	Seguro Privado	Total
39	152	191

Elaborado por: Rosario Valdiviezo, Gladys Salazar y Fabricio Matabay

Figura No. 19: Pregunta No. 5: ¿En caso de emergencia, usted preferiría recurrir al seguro público (IESS) o a su seguro médico privado? ¿Por qué?



Elaborado por: Rosario Valdiviezo, Gladys Salazar y Fabricio Matabay

Motivos:

Las principales causas por las cuales los asegurados prefieren utilizar el seguro médico privado son:

- Servicio eficiente, rápido y personalizado
- Toma de citas médicas dentro de tiempos razonables
- Atención inmediata en casos de emergencias
- Amplia red de proveedores
- Profesionales de la salud competentes

En cuanto al IESS, los asegurados indican lo siguiente:

- Prefieren el Seguro Social, ya que el deducible de la póliza es alto
- La atención médica y medicamentos son gratuitos
- Tecnología de punta para ciertas áreas
- Certificados médicos emitidos por el IESS constituyen un justificativo válido en el lugar de trabajo

Análisis:

El 80% de los asegurados PALIG elegirían en los momentos de emergencia el seguro privado debido a los motivos antes mencionados, lo que significa que existe confianza en el uso del seguro médico contratado por calidad en la atención y servicio personalizado. El porcentaje restante prefiere el servicio del IESS, ya que en momento de recibir dicho servicio no deben pagar ningún valor adicional y sus medicamentos son gratuitos.

Pregunta No. 6: ¿Qué aspectos considera usted debería mejorar su seguro médico privado para su total satisfacción?

De acuerdo a la información obtenida podemos determinar que los asegurados consideran necesario se mejore su seguro médico privado dentro de los siguientes aspectos para su mejor satisfacción:

- Reducción de tiempos de espera en procesos de reembolsos
- Ampliación de coberturas dentro del contrato de seguro
- Mejoramiento de canales de comunicación con el cliente
- Disminución en el valor del deducible

4.6.1.3.2 Grupo número Dos

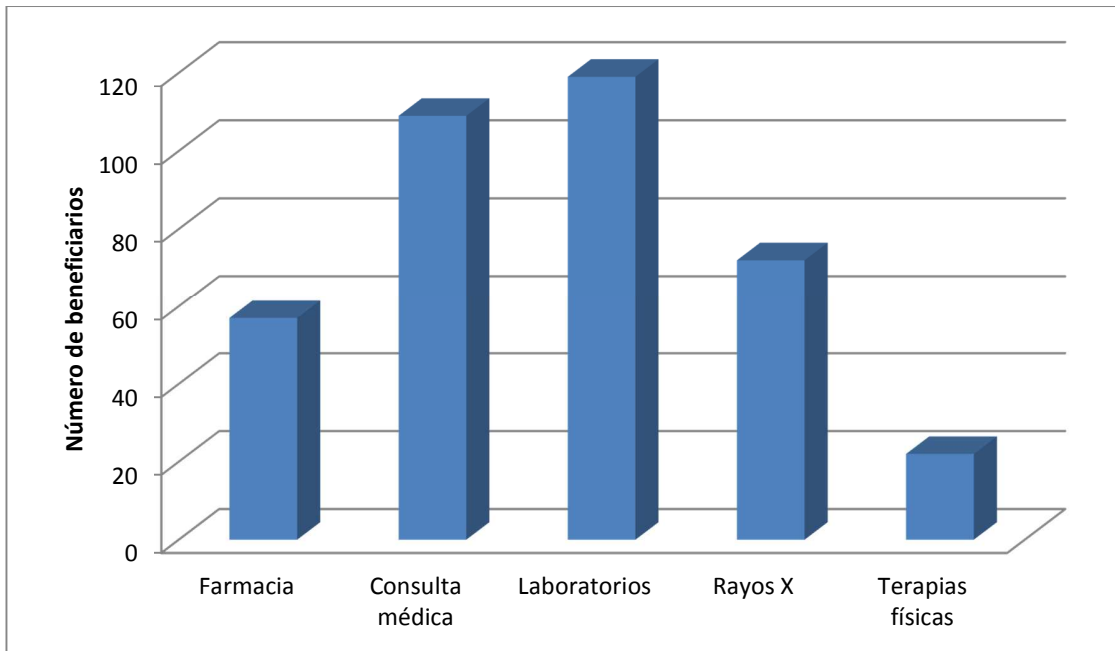
Pregunta No. 1: Como usuario de los proveedores del seguro médico privado, favor indicar los servicios que usted ha utilizado o utiliza:

Tabla No. 8: Pregunta No. 1: Como usuario de los proveedores del seguro médico privado, favor indicar los servicios que usted ha utilizado o utiliza

Servicio	Total
Farmacia	57
Consulta médica	109
Laboratorios	119
Rayos X	72
Terapias físicas	22

Elaborado por: Rosario Valdiviezo, Gladys Salazar y Fabricio Matabay

Figura No. 20: Pregunta No. 1: Como usuario de los proveedores del seguro médico privado, favor indicar los servicios que usted a utilizado o utiliza.



Elaborado por: Rosario Valdiviezo, Gladys Salazar y Fabricio Matabay

Análisis:

Los servicios más utilizados por los asegurados dentro de la red de proveedores en convenio son: laboratorio y consulta médica, con el 31% y 29% respectivamente.

Pregunta No. 2: Dentro del proveedor, ¿qué aspecto de la atención le brindó mayor satisfacción?

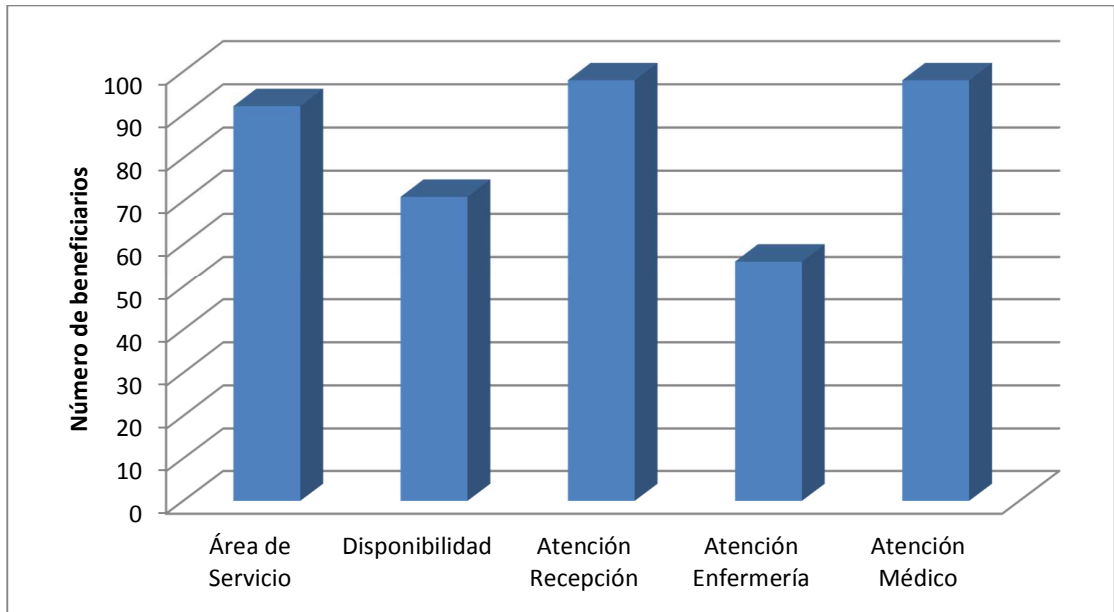
Tabla No. 9: Pregunta No. 2: Dentro del proveedor, ¿qué aspecto de la atención le brindó mayor satisfacción?

Aspecto	Total
Área de servicio	92
Disponibilidad	71
Atención Recepción	98

Atención Enfermería	56
Atención Médico	98

Elaborado por: Rosario Valdiviezo, Gladys Salazar y Fabricio Matabay

Figura No. 21: Pregunta No. 2: Dentro del proveedor, ¿qué aspecto de la atención le brindó mayor satisfacción?



Elaborado por: Rosario Valdiviezo, Gladys Salazar y Fabricio Matabay

Análisis:

Los aspectos que generan mayor satisfacción en los afiliados a la hora de efectivizar los beneficios de su póliza son: atención médica y de recepción alcanzando un 24% cada uno, seguido por el área de servicio con un 22%, es decir, se cuenta con una infraestructura adecuada.

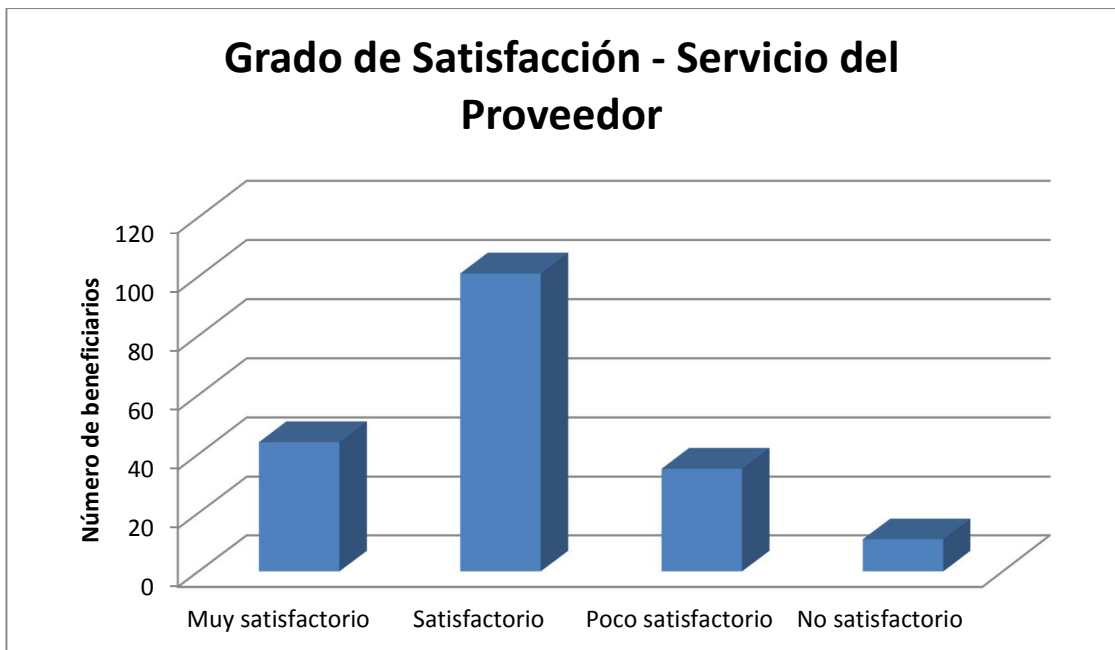
Pregunta No. 3: ¿Cuán satisfactorio considera usted el servicio provisto por el proveedor?

Tabla No. 10: Pregunta No. 3: ¿Cuán satisfactorio considera usted el servicio provisto por el proveedor?

Muy satisfactorio	Satisfactorio	Poco satisfactorio	No satisfactorio	Total
44	101	35	11	191

Elaborado por: Rosario Valdiviezo, Gladys Salazar y Fabricio Matabay

Figura No. 22: Pregunta No. 3: ¿Cuán satisfactorio considera usted el servicio provisto por el proveedor?



Elaborado por: Rosario Valdiviezo, Gladys Salazar y Fabricio Matabay

Análisis:

El 53% de los asegurados perciben como satisfactorio el servicio recibido por su proveedor de confianza, lo que significa que la mayoría de beneficiarios está conforme con el servicio recibido.

Pregunta No. 4: ¿Qué otros servicios desearía que su proveedor le brinde?

Entre los principales servicios tenemos:

- Atención de Rayos X y ecos implementados dentro del mismo proveedor incluyendo fin de semana
- Implementar servicio para casos de emergencias en ciertos proveedores
- Incrementar más especialidades médicas dentro de la infraestructura del servicio del proveedor.

Pregunta No. 5: ¿Qué servicios del proveedor recomendaría y por qué?

El servicio más recomendado por parte de los asegurados es laboratorio debido a la atención recibida, profesionalismo, eficiencia, así como también el servicio de consulta médica, pues el personal médico cuenta con amplia experiencia y capacidad para atender a los asegurados.

Pregunta No. 6: Favor indique sus observaciones o sugerencias

Establecer lineamientos universales para atención al cliente en todos los centros de convenio, centralizar los servicios dentro de un mismo proveedor, incrementar staff de especialistas.

Uno de los servicios más relevantes dentro de la red médica ambulatoria PALIG para sus asegurados es el contar con el servicio de copago, éste permite acudir a una cita médica únicamente cancelando el 20% del valor total de la factura, sin necesidad de recurrir al reembolso por medio de la compañía de seguros, beneficiando así el bienestar económico de los asegurados ya que su pago es parcial y no total.

CAPÍTULO 5

PROPUESTA Y RESULTADOS

5.1 Evaluación condiciones de salud

Del estudio realizado, se consideraron tres tipos de enfermedades con mayor siniestralidad por tipo de póliza; de las cuales, se analizaron las afectaciones a las condiciones de salud en caso de un tratamiento no adecuado.

5.1.1 Pólizas MINIMED:

Traumatismo.- Es un hecho fortuito que tiene de por medio un agente externo como un golpe, puede causar un problema superficial o complejos hay traumatismos leves o complejos, internos, externos, hematomas, luxación, subluxación y fractura.

Consecuencias de un tratamiento no adecuado

Si no hay tratamiento adecuado provocaría un desfase en el ángulo de la lesión, limitando la función y posterior parálisis. El no realizar el tratamiento se puede terminar en intervención quirúrgica.

Neoplasia.- Es un tejido inadecuado que crece en un órgano interno o externo, es un crecimiento anormal de células las cuales pueden ser benignas o malignas, cuando es benigna se extirpa sin problema pero el paciente debe realizarse chequeos periódicos. La maligna es un cáncer es decir una metaplasia, requiere de extirpación y quimioterapias radioterapias y yodoterapias.

Masa o bulto producido por crecimiento excesivo de células. Denominado también como tumor. (Oncología Práctica, 2008).

Consecuencias de un tratamiento no adecuado

Si no se hace un tratamiento adecuado produce metástasis comprometiendo la salud del paciente gravemente.

Apendicitis.-Es un hecho fortuito,una lesión a nivel del orden apéndice que genera dolor en la parte derecha de la ingle y no hay tratamiento ni preapendicitis.El procedimiento médico es cirugía abdominal abierta o laparoscopia.

Es la hinchazón (inflamación) del apéndice, un pequeño saco que se encuentra adherido al comienzo del intestino grueso. (Dugdale, 2011).

Consecuencias de un tratamiento no adecuado

Si no hay una atención rápida, éstase convierte en peritonitis la cual desencadena una sepsis es decir que la apéndice se revienta y se riega a los intestinos, llegando a producir la muerte.

5.1.2 Pólizas Health Trust

Enfermedades Vasculares.- Se producen por un aumento en el grosor de la capa interna de las arterias llegando a ser cardiopatías, CA, CB, arritmia cardiaca, pueden existir enfermedades vasculares del cerebro debido a hematomas, mal formación arteria venosa, etc.

La enfermedad vascular o vasculopatía está fundamentalmente causada por la arterioesclerosis, que se produce por un aumento del grosor de la capa interna de las arterias (denominada capa íntima). (Gill, 2011).

Consecuencias de un tratamiento no adecuado

En este tipo de diagnósticos se deben tomar tratamientos complejos quirúrgicos de alto costo dependiendo de la severidad de la situación pudiendo llegar a ser catastróficas.

Artritis Reumática.- Es un proceso degenerativo que se inicia por un estreptococo.Puede originarse por amigdalitis, antecedentes de las mismas mal curadas por factores predisponentes o hereditarios, lesionando los huesos. Existen artritis degenerativas y no degenerativas.

Es una enfermedad crónica que lleva a la inflamación de las articulaciones y tejidos circundantes. También puede afectar otros órganos. (Teitel, 2012).

Consecuencias de un tratamiento no adecuado

Si no hay un tratamiento oportuno para tratar el tipo de artritis adquiriente o hereditario este puede llegar a complicarse pasando de una artritis no degenerativa a una degenerativa provocando graves problemas en la salud y teniendo que recurrir a tratamientos fuertes y continuos.

Maternidades.- Los partos por cesárea evitan a los médicos esperar que se dé la labor de parto o la paciente, por temor al dolor, prefiere la facilidad de una cirugía la cual no peligra el niño, y se lleva a cabo de forma rápida.

Consecuencias de un tratamiento no adecuado

Estas se generan por antecedentes, preclamsia, diabetes, hipertensión, infecciones de vías urinarias, el problema es la madre y consecuencia el niño o temas de grupo sanguíneo, congénitas o prematuras.

5.1.3 Corporativo

Estatura Baja

Para determinar la estatura baja se considera la tabla estándar o promedio la cual funciona de acuerdo a la edad; si esta es por debajo de más de dos desviaciones estándar, podemos considera un caso de estatura baja recurriendo así al análisis de la curva del crecimiento para poder suministrar el tratamiento adecuado.

Generalmente este síndrome se da por falta de la hormona del crecimiento la cual regula el cuerpo por medio de inyecciones, siendo este el tratamiento a seguir.

Se refiere a cualquier persona que esté considerablemente por debajo de la estatura promedio para una persona de la misma edad y sexo. (Benavides Reyes, 2006).

Consecuencias de un tratamiento no adecuado

La estatura baja puede acarrear o ser síntoma de muchas afecciones como:

- Trastornos óseos como raquitismo.
- Enfermedades crónicas como asma, cardiopatías, artritis juvenil, etc.
- Desnutrición.
- Deficiencia de la hormona de crecimiento

Entre muchas otras más consecuencias por tal razón el diagnóstico debe ser atendido y tratado adecuadamente.

La estatura baja de un niño generalmente afecta a su autoestima por lo que necesita el apoyo emocional de parte de la familia, amigos y maestros

Intoxicación

Se produce por ingestión, exposición, inyección o inhalación de una sustancia tóxica. Si el compuesto es natural lo que produce es una ingesta excesiva ya sea una sustancia natural, química, procesada

Muchas de las veces las intoxicaciones se producen por accidentes; sin embargo, una actuación rápida puede llegar a salvar la vida.

Al sospechar una intoxicación, no se debe esperar a que aparezcan los síntomas, sino tomar medidas inmediatas.

Consecuencias de un tratamiento no adecuado

Si el paciente no es atendido rápida y adecuadamente este puede tener síntomas agravantes como digestivos, respiratorios, cutáneos etc.; sin embargo, cuando se produce una intoxicación, a corto plazo esta puede ocasionar efectos carcinógenos, efectos genotóxicos, teratogénicos entre otros.

Encefalopatía

Es un empeoramiento de la función cerebral que ocurre cuando el hígado ya no es capaz de eliminar las sustancias tóxicas de la sangre. (Longstreth, 2011).

5.2 Evaluación condiciones de bienestar

5.2.1 Evaluación condiciones de bienestar económico

Las condiciones de bienestar de las personas que cuentan con un seguro de asistencia médica privado no se ven afectadas mayormente al momento del siniestro, en relación de aquellas que no mantienen este tipo de seguro como se puede apreciar en los siguientes ejemplos:

5.2.1.1 Póliza MINIMED

Ejemplo 1:

Empresa: MaxrackCia. Ltda.

Diagnóstico: Neoplasia Maligna Mama

Sexo: Femenino

Edad: 47 años.

Prima Mensual: \$ 63,02

Fecha De Vigencia: 12 Meses

Crédito Hospitalario Conclina C. A.: 100%

Tabla No. 11: Ejemplo tipo de póliza Minimed número uno.

Prima Anual	Detalle de Gastos Médicos	Gastos con Cobertura	Gastos sin Cobertura
\$756,24	Cuarto y alimento	\$ 299,51	\$ 304,97
	Medicina	\$ 2.425,69	\$ 2.425,69
	Hospitalización	\$ 163,29	\$ 163,29
	Suministros	\$ 98,89	\$ 148,73
	Total gastos:	\$ 2.987,38	\$ 3.042,68
	Valor nota de cobranza:		

(-) Deducible	\$	-	
(20%*total gastos) coaseguro	\$	597,47	
Gastos no cubiertos	\$	55,30	
Total a pagar nota de cobranza:	\$	652,77	
Ahorro:	\$	2.389,91	

Elaborado por: Rosario Valdiviezo, Gladys Salazar y Fabricio Matabay

Como se puede observar en el ejemplo anterior, la persona que cuenta con un seguro médico ahorra aproximadamente el 79% de lo que gastaría si no contaría con seguro alguno, evitando contratiempos que afecten su bienestar económico y psicológico.

Ejemplo 2:

Empresa: Jaime Gordon Flores

Diagnóstico: Apendicitis Aguda

Sexo: Femenino

Edad: 24 años

Prima Mensual: \$ 44,85

Fecha De Vigencia: 12 Meses

Crédito Hospitalario Clínica Pasteur: 100%

Tabla No. 12: Ejemplo tipo de póliza Minimed número dos

Prima anual	Detalle de gastos médicos	Gastos con cobertura	Gastos sin cobertura
\$538,20	Cuarto y alimento	\$ 205,00	\$ 205,00
	Administración de medicamentos:	\$ 99,27	\$ 99,27
	Emergencia	\$ 20,50	\$ 20,50
	Imágenes	\$ 137,55	\$ 137,55
	Gasto especial:	\$ 14,65	\$ 14,65
	Laboratorio y rayos x	\$ 64,39	\$ 64,39
	Medicinas:	\$ 342,63	\$ 342,63
	Patología:	\$ 100,00	\$ 100,00
	Quirófano:	\$ 281,25	\$ 281,25

Suministro	\$ 287,28	\$ 319,18
Uso equipo:	\$ 488,60	\$ 488,60
Ayudante:	\$ 306,92	\$ 518,44
Honorario cirujano:	\$ 1.078,33	\$ 1.092,14
Anestesiólogo:	\$ 358,07	\$ 362,91
Visita hospitalaria:	\$ 169,18	\$ 169,18
Acompañante cama		\$ 21,00
Total gastos compresivo:	\$ 3.953,62	\$ 4.236,69
Valor nota de cobranza:		
(-) deducible	\$ 150,00	
(20% *total gastos) coaseguro	\$ 803,62	
Gastos no cubiertos	\$ 283,07	
Total a pagar nota de cobranza:	\$ 1.236,69	
Ahorro:	\$ 1.267,79	

Elaborado por: Rosario Valdiviezo, Gladys Salazar y Fabricio Matabay

Existe un ahorro aproximado del 42% en comparación con una persona que no tiene seguro médico contratado.

5.2.1.2 Póliza HEALTH TRUST

Ejemplo 1:

Asegurado: Martínez Hervas Jaime Esteban

Cónyuge: Rivera Ana

Diagnóstico: Enfermedades Vasculares

Sexo: Femenino

Edad: 54

Prima Mensual: \$105,00

Fecha De Vigencia: 12 Meses

Crédito Hospitalario Conclina C. A.: 100%

Tabla No. 13: Ejemplo de tipo de póliza Health Trust número uno.

Prima anual	Detalle de gastos médicos	Gastos con cobertura	Gastos sin cobertura
\$1.260,00	Cuarto y alimento	\$ 700,00	\$ 1.015,15
	Emergencia	\$ 91,30	\$ 91,30
	Farmacia	\$ 1.770,94	\$ 3.331,82
	Hospitalización	\$ 1.773,17	\$ 1.773,17
	Provisión suministro	\$ 3.677,93	\$ 3.863,75
	Quirófano:	\$ 1.495,79	\$ 1.512,75
	Ayudante:	\$ 455,68	\$ 455,68
	Cirujano i:	\$ 2.168,44	\$ 2.168,44
	Cirujano ii:	\$ 4.336,55	\$ 4.336,55
	Ayudante ii:	\$ 296,20	\$ 389,71
	Anestesiólogo:	\$ 613,76	\$ 613,76
	Visita hospitalaria:	\$ 296,20	\$ 357,56
	Visita hospitalaria:	\$ 205,63	\$ 205,63
	Total gastos comprensivo:	\$ 17.881,59	\$ 20.115,27
	Valor nota de cobranza:		
	(+) impuestos	\$ 157,66	
	(20%*total gasto comprensivo) coaseguro	\$ 1.944,24	
	(+)gastos no cubiertos	\$ 672,80	
	Total a pagar nota de cobranza:	\$ 2.774,70	
	Ahorro:		\$ 16.081,20

Elaborado por: Rosario Valdiviezo, Gladys Salazar y Fabricio Matabay

Existe un ahorro aproximado del 80% en comparación con una persona que no haya contratado un seguro de vida.

Ejemplo 2:

Asegurado: Rivadeneira Alzamora Ana Julie

Diagnóstico: Artritis Reumatoide

Sexo: Femenino

Edad: 62

Prima Mensual: \$220,00

Fecha De Vigencia: 12 Meses

Crédito Hospitalario Hospital De Los Valles: 100%

Tabla No. 14: Ejemplo de tipo de póliza Health Trust número dos.

Prima anual	Detalle de gastos médicos	Gastos con cobertura	Gastos sin cobertura
\$2.640,00	Cuarto y alimento	\$ 99,15	\$ 99,15
	Imagen	\$ 335,84	\$ 335,84
	Medicina	\$ 867,04	\$ 1.316,80
	Hospitalización	\$ 406,45	\$ 425,34
	Cirujano:	\$ 166,13	\$ 166,13
	Total gastos compresivo:	\$ 1.874,61	\$ 2.343,26
	Valor nota de cobranza:		
	(+) impuestos	\$ 33,16	
	(+)gastos no cubiertos	\$ 18,89	
	Total a pagar nota de cobranza:	\$ 52,05	
	Ahorro:	\$ 2.291,21	

Elaborado por: Rosario Valdiviezo, Gladys Salazar y Fabricio Matabay

El beneficio del seguro es evidente ya que existe un ahorro del 98% en comparación con una persona que no posea contratado un seguro médico.

5.2.1.3 Póliza Corporativo

Ejemplo 1:

Empresa: Ubesa S. A.

Titular: MariaDurini

Dependiente: Hijo

Diagnóstico: Estatura Baja

Sexo:Masculino

Edad:15

Prima Mensual: \$94,48

Fecha De Vigencia: 12 Meses

Via Reembolso

Tabla No. 15: Ejemplo de tipo de póliza Corporativo número uno.

Prima anual	Detalle de gastos médicos	Gastos con cobertura	Gastos sin cobertura
\$1.133,76	Consulta externa:	\$ 40,00	\$ 40,00
	RX e imagen	\$ 26,40	\$ 26,40
	Laboratorio:	\$ 109,18	\$ 109,18
	Medicinas:	\$ 2.484,20	\$ 2.484,20
	Total gastos compresivo:	\$ 2.659,78	\$ 2.659,78
	Valor cheque a recibir		
	Total gastos compresivo:	\$ 2.659,78	
	(-) deducible	\$ 214,08	
	Total:	\$ 2.445,70	
	(-)(20%*total) coaseguro	\$ 489,14	
		Total devolución cheque:	\$ 1.956,56
	Ahorro:	\$ 1.157,45	

Elaborado por: Rosario Valdiviezo, Gladys Salazar y Fabricio Matabay

Existe un ahorro aproximado del 44% en comparación con una persona que no tenga contratado el seguro médico.

Ejemplo 2:

Empresa: Colegio Intisana

Titular: Andrade Montene Gerardo Arturo

Dependiente: Cónyuge

Diagnóstico: Encefalopatía Hepática

Sexo:Femenino

Edad:64

Prima Mensual: \$70,00

Fecha De Vigencia: 12 Meses

Crédito Hospitalario 100% Conclina S. A.

Tabla No. 16: Ejemplo de tipo de póliza Corporativo número dos.

Prima anual	Detalle de gastos médicos	Gastos con cobertura	Gastos sin cobertura
\$840,00	Cuarto y alimento	\$ 700,00	\$ 815,88
	Hospitalización:	\$ 2.915,44	\$ 2.915,44
	Terapia intensiva:	\$ 645,73	\$ 645,73
	Cirujano:	\$ 586,08	\$ 586,08
	Ayudante	\$ 214,20	\$ 214,20
	Misceláneos médicos:		\$ 124,84
	Total gastos comprensivo:	\$ 5.061,45	\$ 5.302,17
	Valor nota de cobranza:		
	(+)(20% *total) coaseguro	\$ 1.012,29	
	(+)gastos no cubiertos	\$ 240,72	
	Total a pagar nota de cobranza:	\$ 1.253,01	
	Ahorro:	\$ 3.209,16	

Elaborado por: Rosario Valdiviezo, Gladys Salazar y Fabricio Matabay

Existe un ahorro del 61% en comparación con una persona que no ha contratado seguro médico alguno.

5.2.2. Evaluación condiciones bienestar psicológico

Al contar con un seguro de asistencia médica el asegurado se siente respaldado ya que frente a cualquier eventualidad se encuentra protegido generando confianza y tranquilidad.

Las personas al conocer los beneficios que genera el contar con un seguro de asistencia médica concientizan al considerarlo una inversión en lugar de un gasto.

5.3 Propuesta

5.3.1. Disminución de la Tasa Técnica

La tasa técnica permite establecer el porcentaje o tanto por mil que se aplica al capital asegurado para obtener la prima que debe pagar el asegurado, como cobertura del riesgo suscrito en la póliza de seguros, la misma que varía según el resultado de la siniestralidad de asistencia médica.

La tasa técnica constituye un factor que nace de un análisis estadístico e incide de forma importante al momento de establecer el valor de la prima, las consideraciones tomadas para este análisis son las siguientes:

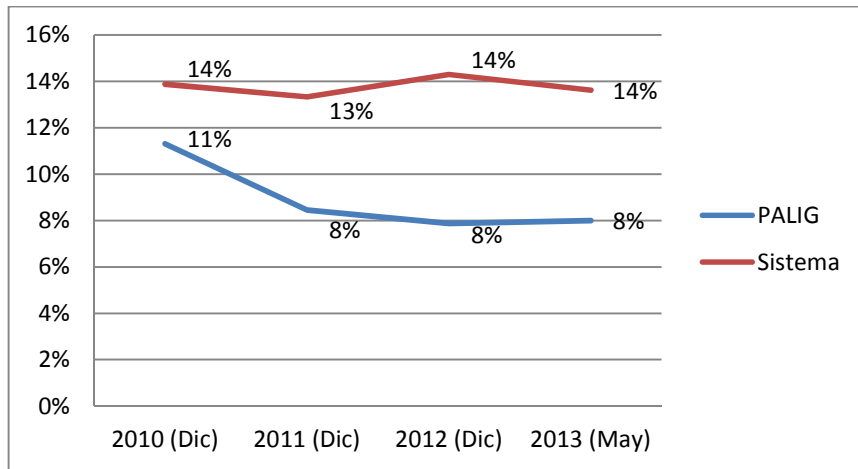
- a. Siniestros pagados y reservas de siniestros por pagar.
- b. Posibles eventos que se puedan presentar.
- c. GAP (Gastos administrativos, operacionales y porcentaje de utilidad).
- d. Probabilidad de ocurrencia.
- e. Capacidad patrimonial de la compañía de seguros.

Es importante disminuir la tasa técnica con el fin de mantener e incrementar la cartera de clientes haciéndolo más accesible (menor valor de la prima) lo que generará un mayor bienestar económico al igual que de salud.

Conforme la información recopilada en los balances de los años 2010, 2011, 2012 y mayo 2013, se presentan indicadores que, frente al tema de estudio, afectaría para que muchas personas puedan adquirir este seguro lo que generaría que no puedan solventar sus enfermedades, dichos indicadores técnico – financieros son los siguientes:

- a) Tasa de Gastos de Administración

Figura No. 23: Tasa de Gastos de Administración

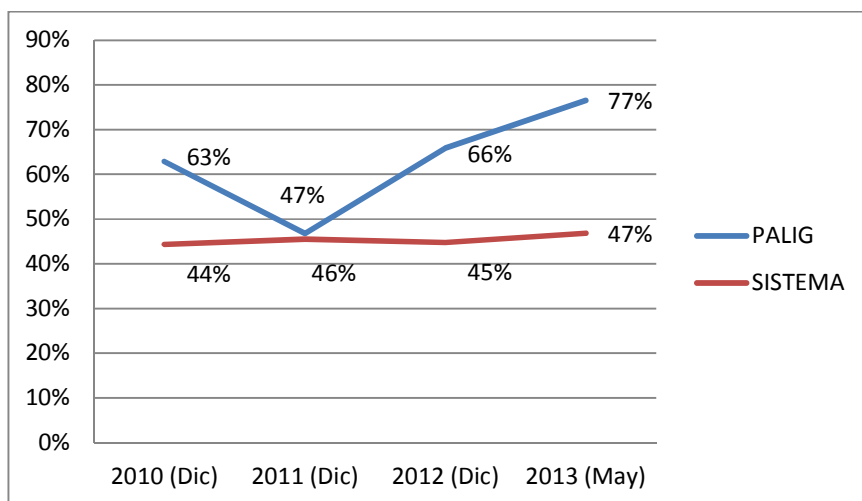


Elaborado por: Rosario Valdiviezo, Gladys Salazar y Fabricio Matabay

Este indicador nace de la deducción de los gastos administrativos y la participación de utilidades, esto versus la prima que PALIG ha recaudado deduciendo la liquidación de siniestros, es decir lo que se ha pagado, afectando al porcentaje de prima ganada por los siniestros cubiertos por PALIG; si bien este indicador está bajo el total del promedio del sistema se puede determinar que sus gastos están siendo suplidos por la prima pagada.

b) Tasa de Siniestralidad Retenida Devengada

Figura No. 24: Tasa de Siniestralidad Retenida Devengada



Elaborado por: Rosario Valdiviezo, Gladys Salazar y Fabricio Matabay

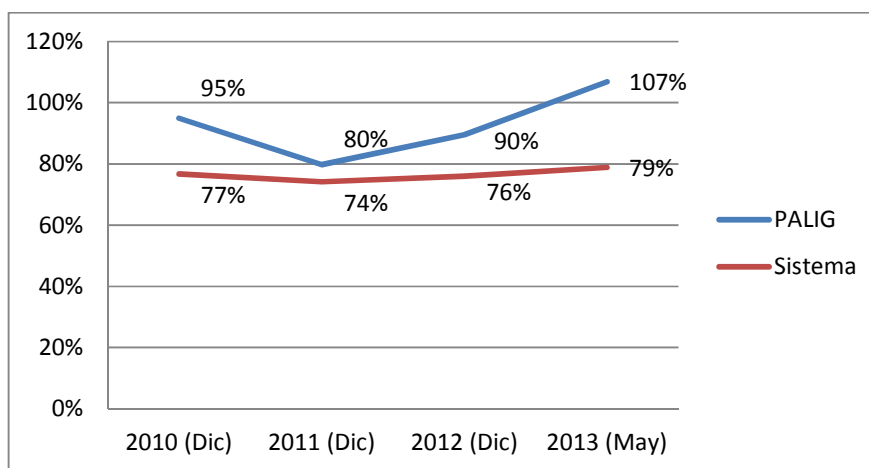
De la tendencia analizada se observa un mejoramiento de este indicador a diciembre del 2011; es decir, que de los valores que PALIG se comprometió a pagar por concepto de siniestros, éstos han sido cubiertos por el total correspondiente a la prima recaudada. A partir del 2012 y parte del 2013, la entidad ha “retenido” montos asegurados mayores a los que podía pagar.

Las empresas aseguradoras dispersan el riesgo reteniendo cierto porcentaje o cediendo montos asegurados a reaseguradoras. Para determinar el porcentaje de retención se consideran, entre otras cosas, las reservas constituidas, la capacidad patrimonial de asumir montos asegurados importantes y siniestros pagados.

La retención que realizó PALIG en el 2010, 2012 y 2013 es mayor a sus reservas constituidas y al porcentaje de la prima retenida lo que significa que el cálculo de cesión no consideró la probabilidad de pérdida.

c) Razón Combinada

Figura No. 25:Razón Combinada



Elaborado por: Rosario Valdiviezo, Gladys Salazar y Fabricio Matabay

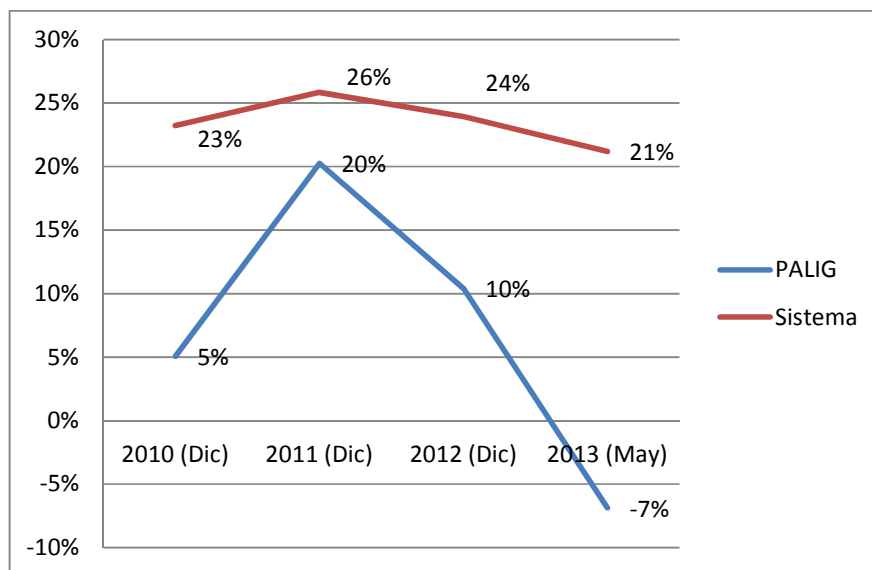
En este indicador se consideran los costos de siniestros, gastos de administración, y los resultados de intermediación (comisiones que se han recibido por parte de las reaseguradoras menos las comisiones pagadas a asesores productores de seguro y por

contratos de agenciamiento) para el ingreso real (devengado) de la prima que he recaudado por la vigencia del contrato.

Al comparar este indicador con el sistema, se refleja un porcentaje por encima de éste lo cual implica que los gastos y costos son mayores a mis ingresos reales por primas.

d) Tasa de Utilidad Técnica

Figura No. 26: Tasa de Utilidad Técnica

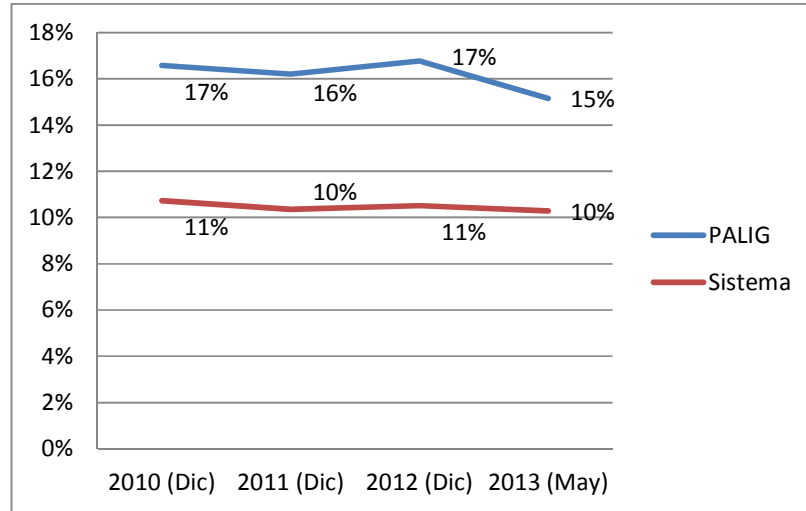


Elaborado por: Rosario Valdiviezo, Gladys Salazar y Fabricio Matabay

PALIG presenta un margen de contribución que no supe los gastos de administración lo que implica una afectación en las utilidades de accionistas y trabajadores.

e) Tasa de Gastos de Producción

Figura No. 27: Tasa de Gastos de Producción



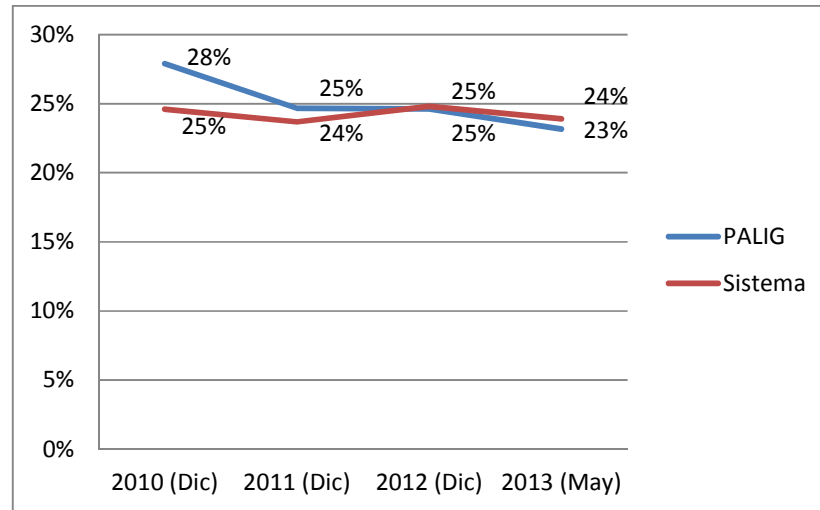
Elaborado por: Rosario Valdiviezo, Gladys Salazar y Fabricio Matabay

Intervienen las comisiones pagadas dividido entre el valor del ingreso de la compañía (prima neta pagada). Este indicador se encuentra por encima del sistema ya que se ha pagado más comisiones a los agentes asesores productores de seguros en comparación al porcentaje de la tasa técnica establecida; lo que no ha permitido que la prima pagada supla estos rubros.

Esto se puede dar debido a que, en el cálculo de la tasa técnica, no se considera para su cálculo los gastos por comisiones lo cual reduce enormemente el nivel de utilidad que maneja PALIG.

f) Tasa de Gastos de Operación

Figura No. 28: Tasa de Gastos de Operación



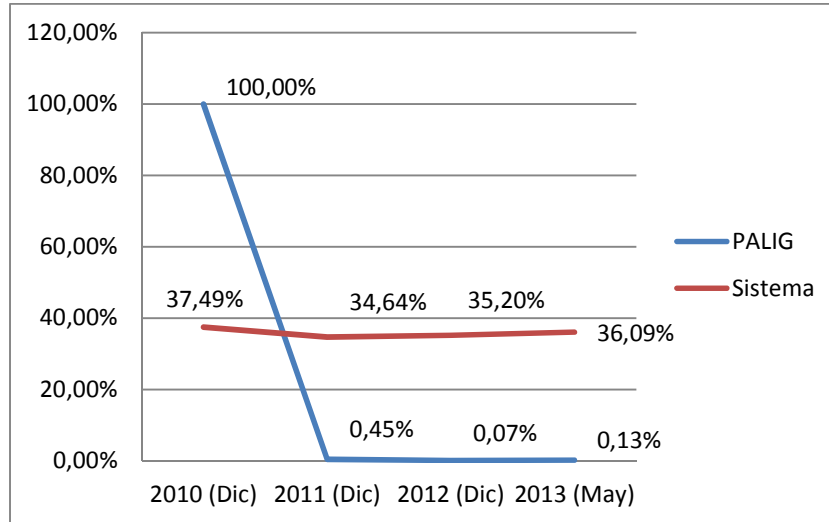
Elaborado por: Rosario Valdiviezo, Gladys Salazar y Fabricio Matabay

Este índice está compuesto por los gastos de administración y comisiones pagadas por varios conceptos. Al año 2010, el nivel del índice es mayor al del sistema de aseguradoras lo cual implica que PALIG debe controlar sus gastos. Para los próximos años se ha evidenciado una mejora en el índice en referencia al año 2013 donde la compañía está a un punto del promedio del sistema.

A más de controlar los gastos administrativos, se deben atender otros aspectos como las condiciones del contrato como las preexistencias o la probabilidad de ocurrencia para que estos gastos puedan ser cubiertos únicamente con la prima recaudada sin tomar en cuenta las reservas.

g) Morosidad Cartera de Primas

Figura No. 29: Morosidad Cartera de Primas



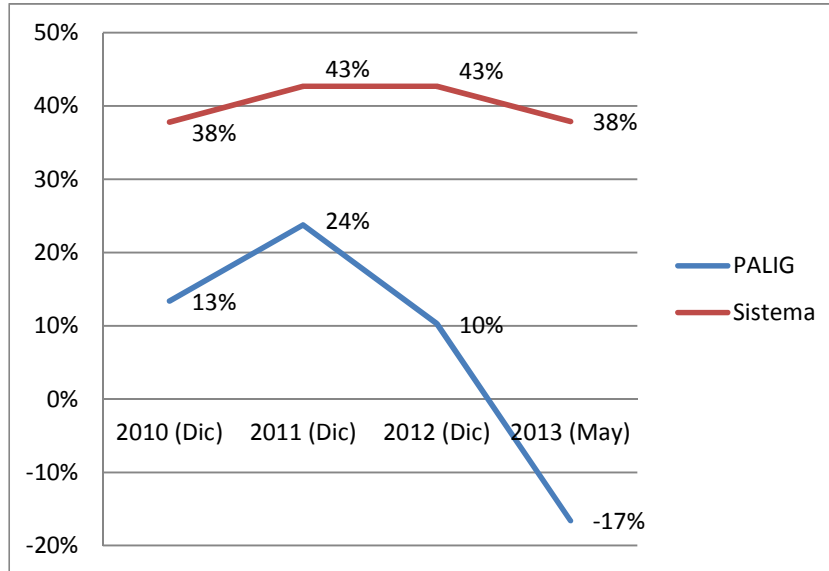
Elaborado por: Rosario Valdiviezo, Gladys Salazar y Fabricio Matabay

Para el año 2010, PALIG presentó, en su información financiera, la cuenta contable 120101 Primas por cobrar por vencer sin saldo lo cual incrementó a 100% el índice de morosidad de cartera de primas, de hecho, PALIG mantiene un óptimo nivel de morosidad, lo cual se evidencia en los próximos años.

El mantener un óptimo índice de morosidad puede ser un factor importante para considerar disminuir el nivel de la tasa técnica ya que esto refleja que PALIG mantiene una sólida gestión para la obtención de flujos de efectivo.

h) Resultado Técnico Estimado/ Patrimonio Promedio

Figura No. 30: Resultado Técnico Estimado / Patrimonio Promedio



Elaborado por: Rosario Valdiviezo, Gladys Salazar y Fabricio Matabay

El manejar índices negativos implica el no cubrir la totalidad de costos y gastos con el valor recaudado por concepto de primas; para solventar dichos egresos, se debe considerar el uso de las reservas constituidas hasta el momento. Esto refleja un mal manejo de las variables a considerar al momento de determinar el porcentaje de tasa técnica con el objetivo que éste cubra los costos y gastos del negocio.

5.3.2. Eliminación del riesgo de deserción

Cierto grupo de beneficiarios PALIG dejan de contar con su seguro médico por diversas circunstancias entre ellas el aumento en la tarifa de las primas, o cambio de trabajo.

Las personas buscan remplazo de este servicio médico tomando como posible alternativas el no contar con un seguro médico, utilizar el seguro médico público o contratar los servicios de las compañías de medicina pre-pagada.

De estas opciones, la medicina prepagada se ha convertido en una competencia directa para Pan American Life Insurance Group.

5.3.2.1. Evolución de la Medicina Prepagada

La medicina pre pagada ha evolucionado durante los últimos años siendo la principal compañía SALUD S.A., generando USD \$ 120 millones de ventas en el año 2012, según se muestra en el siguiente cuadro:

Figura No. 31: Principales Compañías de Medicina Prepagada

Compañía	CIU	Ventas	Utilidad
SALUD S. A. Sistema de Medicina Pre - pagada S. A.	Q8620.06	109.602.812	10.753.974
ECUASANITAS S. A.	Q8620.06	50.531.327	3.231.513
Medicina para el Ecuador MEDIECUADOR-HUMANA S. A.	Q8620.06	44.023.564	-
BMI IGUALAS Medicas del Ecuador S. A.	Q8620.06	42.590.681	1.883.741
Medicina del Futuro MEDICALFE S. A.	Q8620.06	14.688.121	163.425
Medicina Prepagada CRUZBLANCA S. A.	Q8620.06	12.934.228	788.023
Compañía de Medicina Prepagada Inmedical Medicina Internacional S. A.	Q8620.06	8.201.021	168.114

Elaborado por: Rosario Valdiviezo, Gladys Salazar y Fabricio Matabay

5.3.2.2 Diferencias entre Medicina Prepagada y Seguro de asistencia medica

- Las compañías de seguros están reguladas por la Superintendencia de Banco y Seguros, por su gestión de emitir contratos de seguros el asegurado (cliente) contribuye el 3.5% de la prima pagada (precio del seguro) y el 0.5 del impuesto correspondiente al seguro campesino.
- La medicina prepaga es regulada por el ministerio de salud y mantiene el impuesto del 0.5 seguro campesino
- Compañía de Seguros asume el riesgo y los dispersa realizando contratos de reaseguros
- Prepaga no asume riesgos propios, se apoya con un auto seguro por medio de la administración de un fideicomiso.
- Las compañías de seguros tiene coberturas de vida y asistencia medica

- Prepaga tiene coberturas solo de asistencia médica.
- La medicina prepagada no reasegura asume sus propios riesgos al 100% respaldándose según proyecciones ingresos de ventas.
- Planes individuales en prepaga más costosos, compañías de seguros menor prima por ser un grupo más grande.
- La siniestralidad es analizada en los dos grupos al igual que la tasa técnica, la diferencia es que en nivel de empresas de seguros afecta al grupo de asegurados de la empresa contratante, en prepaga afecta a todos los asegurados de la cartera en general que mantiene la prepaga.
- Los beneficios de prepaga los maneja por niveles y también reembolso, las empresas de seguros como su nombre lo dice maneja beneficios como grupo para todos y de igual forma por reembolso.

5.3.2.3. Diferencias entre seguro médico público y privado

En base a las encuestas realizadas determinamos que aproximadamente un 80% de las personas prefiere contar con los servicios del seguro médico privado básicamente por el tipo de atención recibida.

De acuerdo a la experiencia vivida del Dr. Marco Sacoto, médico gineco-obstetra del Hospital Metropolitano, indicó: “el servicio a nivel privado es mejor porque existe una atención personalizada, rápida y eficaz, a pesar de que en la actualidad el servicio de salud pública ha mejorado visiblemente, existen variables que determinan una importante diferencia como es el servicio referente a la toma de citas y emergencias, como es el caso de las maternidades, al momento de ingresar a labor de parto, este permanece como un parto normal hasta última instancia, y no son escuchadas las peticiones de la paciente en ese momento, no habiendo una atención considerada a la situación vivida por la paciente.”

CONCLUSIONES

1. Conocer el bienestar de los asegurados implica un monitoreo y seguimiento, es por ello que concluimos en la necesidad de que Pan-American Life Insurance Group cuente con un departamento que permita afianzar la lealtad tanto de los clientes actuales como potenciales, mejorando así las condiciones de salud y bienestar de los asegurados y posibles beneficiarios del seguro.
2. Las personas pueden mejorar sus condiciones de bienestar y salud a través de la adquisición de un seguro médico privado, éste debe ser accesible para lo cual recomendamos disminuir la tasa técnica para generar un menor valor de prima, lo que implicaría una mayor contratación del seguro en pos de mejorar las condiciones de salud y bienestar de los asegurados y propuestos asegurados.
3. La compañía debería promover la creación de una nueva Unidad de Monitoreo y Seguimiento que permita establecer el nivel de satisfacción del cliente a lo largo de su experiencia con su seguro médico contratado, lo que implica mejorar las condiciones de salud y bienestar de los asegurados actuales y futuros.

RECOMENDACIONES

1. PALIG debe difundir conceptos acerca lo que implica tener un seguro médico privado al su mercado potencial utilizando medios de comunicación para concientizar lo beneficioso que resulta contar con un seguro al momento de un incidente, como se lo ha demostrado en el presente proyecto, de una forma sencilla, didáctica y de fácil acceso.
2. PALIG debe mejorar sus procesos de análisis de los factores que intervienen en el cálculo de la tasa técnica, esto permitirá que la empresa de seguros obtenga una prima adecuada para suplir sus gastos tanto de administración, operación como financieros. Al lograr mejorar el porcentaje de la tasa técnica, podrá extender sus productos a mercados más amplios que considerarán el valor de la prima más asequible, de esta manera mitigar el impacto que podría sufrir una persona al no contar con un contrato de seguros protegiéndoles al momento de sufrir posibles enfermedades o síntomas de salud.
3. Tanto la suscripción como las condiciones establecidas en los contratos de seguros deberán mejorar para así evitar que surjan inconvenientes futuros.

LISTA DE REFERENCIAS

- Asamblea Nacional Constituyente. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Montecristi.
- Benavides Reyes, E. (1 de Enero de 2006). *Endomedicina*. Obtenido de Endocrinología: <http://www.endomedicina.com>
- Comisión de Legislación y Codificación. (2005). *Superintendencia de Bancos y Seguros del Ecuador*. Recuperado el 15 de Mayo de 2013, de Sistema Seguros Privados: <http://www.sbs.gob.ec>
- CONGRESO NACIONAL. (1963). *Legislación sobre el contrato del seguro*. Quito.
- Congreso Nacional. (30 de Noviembre de 2001). *Superintendencia de Bancos y Seguros*. Recuperado el 18 de Junio de 2013, de Sistema de Seguridad Social: <http://www.sbs.gob.ec>
- Coraggio, J. L. (2011). ECONOMÍA SOCIAL El trabajo antes del Capital. En J. L. Coraggio, *ECONOMÍA SOCIAL El trabajo antes del Capital* (pág. 13). Quito: Ediciones Abya-Yala.
- Coraggio, J. L. (07 de 2011). *ECONOMÍA SOCIAL Y SOLIDARIA - E trabajo antes que el capital*. Recuperado el 12 de 12 de 2012, de investiga.uned.ac.cr
- Donatell, S. W. (1999). *Saud y Bienestar*. Recuperado el 12 de 03 de 2013, de <http://www.saludmed.com>
- Dugdale, D. C. (22 de 7 de 2011). *Medline Plus*. Obtenido de Temas de Medline Plus: <http://www.nlm.nih.gov>
- Fernández, N. (2000). *Calidad de la atención médica*. Obtenido de Calidad en salud: <http://www.calidadensalud.org.ar>

- Galeano, M. E. (2004). *Diseño de Proyectos en la Investigación Cualitativa*. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT.
- García, M. (2006). *La responsabilidad civil del médico en el Ecuador*. Obtenido de Sociedad Ecuatoriana de Bioética: <http://www.bioetica.org.ec>
- Gill, S. (12 de Junio de 2011). *Netdoctor.es*. Obtenido de Áreas de salud: <http://www.netdoctor.es>
- H. Congreso Nacional. (2008). *Superintendencia de Bancos y Seguros*. Recuperado el 27 de junio de 2013, de Sistema de Seguros Privados: <http://www.sbs.gob.ec>
- Harrington, J. (1993). *Mejoramiento de los procesos de la Empresa* (Vol. 4). McGraw-Hill.
- Heilbroner, R. (1999). *The Worldly Philosophers: The Lives, Times and ideas of the Great Economic Thinkers*.
- ISO. (2008). *Sistema de gestión de la calidad (SGC)*.
- Libera, B. (2006). *¿Qué es la evaluación del impacto?* (G. Gutiérrez, Editor) Obtenido de AulaFacil.com: <http://www.aulafacil.com>
- Longstreth, G. F. (16 de Octubre de 2011). *Medline Plus*. Obtenido de Temas de salud: <http://www.nlm.nih.gov>
- Méndez, C. (1995). *Metodología, guía para elaborar diseños de investigación* (Segunda ed.). Colombia: Mc Graw Hill.
- MIESS. (2012). *Ley Organica de Economía Popular y Solidaria y su Reglamento*.
- Oncología Práctica. (1 de Enero de 2008). *Oncología Práctica*. Obtenido de Terminos Médicos: <http://oncologiapractica.com>
- Rodríguez, E., Saz, I., & Serrano, K. (Edits.). (Agosto de 2012). *Concepto de Capitalismo*. Obtenido de deConceptos.com: <http://deconceptos.com>

SBS. (1998). *Ley general de seguros, codificación*. Quito.

Teitel, A. D. (2 de Febrero de 2012). *MedlinePlus*. Obtenido de Temas de Salud:
<http://www.nlm.nih.gov>