



**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y
EMPRESARIALES**

“Análisis de aplicación de Ley que regula a compañías de medicina prepagada y cobertura de asistencia médica, caso Salud S.A.”

Estudio de caso que se presenta como opción al título de:
Ingeniero en Administración de Empresas con énfasis en
Gestión Empresarial.

Autor: Wilson Eduardo Flores Mora

Guayaquil

2017

AGRADECIMIENTO

En primer lugar quiero agradecer a Dios por darme las fuerzas en todo momento para continuar con esta carrera que en algún momento se me complicó pero nunca fue tarde para retomarla.

A mis padres que nunca dejaron de confiar en mí y que siempre estuvieron ahí para apoyarme y darme ánimos en los momentos más difíciles de mi carrera profesional.

A mi empresa actual Salud S.A. donde he recibido el apoyo necesario para adquirir nuevas experiencias en lo laboral y en mi desarrollo profesional. En especial a mi jefatura Irlanda Laínez y subgerente Jessica Roldos que con su experiencia y sabiduría ha sabido darme la confianza y el apoyo necesario en mis actividades del día a día.

Un agradecimiento especial a mi tutor, Ing. Daniel Espinoza Moreira, que con su tiempo y dedicación no solo en este proyecto sino a lo largo de la carrera he logrado cumplir los objetivos.

Finalmente, a todos mis compañeros de clase, profesores, personal administrativo, personal de limpieza de mi querida universidad, quienes con su aporte he podido culminar esta etapa muy importante en mi vida.

Wilson Eduardo Flores Mora

DEDICATORIA

Realmente el poder estar tipiendo esta dedicatoria me llena de orgullo porque estoy finalizando una etapa que me costó mucho sacrificio y dedicación, el valor que le doy es tan importante por todas las adversidades pasadas con éxito.

Este trabajo de investigación quiero dedicárselo especialmente a mi familia, quienes estuvieron siempre pendiente de mi trayecto en esta larga etapa de mi vida profesional.

A mi padre que siempre me regaló su apoyo incondicional para que termine mi carrera sin importar todos los sacrificios vividos.

Una dedicación con mucho amor para mi madre que a pesar de sus complicaciones de salud siempre deseó verme lograr este objetivo tan importante para ella y por supuesto para mí.

A mis hermanos que también me dieron su apoyo como hermanos mayores donde ellos juegan un papel importante en este objetivo, de la familia solo faltaba yo.

Finalmente, a mi enamorada quien a lo largo de estos años también me ha brindado su apoyo para que nunca decaiga en este proceso y pueda cumplir los objetivos propuestos.

Wilson Eduardo Flores Mora

RESUMEN

Con 92 votos a favor y 27 en contra el 12 de Octubre del 2016 se aprobó la nueva ley de que regula a las compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que ofrecen cobertura de asistencia médica, la cual se publicó el 17 de Octubre del 2016 para su posterior entrada en vigencia a los 180 días a partir de su publicación.

A raíz de esta nueva ley existen dos fenómenos involucrados, por un lado son los afiliados quienes se verán beneficiados por las modificaciones establecidas puesto que ahora tendrán ciertas coberturas y beneficios que antes no tenían pero por otro lado existen las empresas del sector que se ven afectadas por estas regulaciones, el cual uno de los cambios más relevantes es el reembolso que deberán realizar al Estado por atenciones en instituciones públicas de cada afiliado a su seguro privado.

Un rubro que no estaba dentro de los planes de las aseguradoras, mucho menos en los presupuestos anuales de estas empresas, quienes actualmente están luchando por seguir en el mercado y otras probablemente deban desaparecer.

Este estudio nos ayudará a identificar la situación específica de Salud S.A. empresa líder del mercado, la cual ha sido la única en tomar decisiones para afrontar estos cambios repentinos para no afectar su rentabilidad e ingresos anuales diseñando estrategias comerciales que ayuden a seguir compitiendo como lo ha venido haciendo a nivel nacional.

INDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	7
Planteamiento del Problema.....	7
Objetivos.....	8
Objetivo General.....	8
Objetivos Específicos	8
Justificación	8
Novedad o Aspecto Innovador.....	9
1. MARCO TEORICO.....	10
América Latina.....	11
La Medicina Prepagada en Ecuador.....	12
Salud S.A.....	14
Ley de Medicina Prepagada	15
¿Cuál es su razón de ser?.....	15
Principales cambios.....	16
Preexistencias	16
Atención ambulatoria para diálisis y hemodiálisis.....	16
Embarazo	16
Cobertura integral para enfermedades oncológicas	16
Personas con discapacidad	16
Otras coberturas	17
Reembolso.....	17
Rentabilidad.....	17
Estrategias comerciales.....	18
Rediseño de Producto	19
2. MARCO METODOLOGICO	19
Método Exploratorio.....	20
Método descriptivo.....	20
Método Explicativo.....	20
Método Analítico	21
Periodo y lugar donde se realiza el estudio de investigación.....	21
Operacionalización de las variables	21
Métodos, técnicas e instrumentos empleados	22
Método Comparativo	22
Método Entrevista.....	23
Diseño de la Entrevista	24
Software a utilizar	25
3. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	25
3.1. LA EMPRESA SALUD S.A.	25
3.1.1. ANÁLISIS FODA DE LA EMPRESA	26
ANÁLISIS INTERNO	26
FORTALEZAS:	26
DEBILIDADES:	26
ANÁLISIS EXTERNO.....	26
OPORTUNIDADES.....	26

AMENAZAS	27
3.1.1.1. CALIFICACIÓN DE RIESGO	27
3.2 SITUACIÓN ACTUAL DE LA EMPRESA SALUD S.A.	29
Extracto de la nueva Ley de Medicina Prepagada. (Registro Oficial , 2016) (Perez Bustamante & Ponce, 2016)	31
Variación de ingresos entre el 2015 y 2016.....	¡Error! Marcador no definido.
Variación en la Utilidad del 2015 y 2016. ¡Error! Marcador no definido.	
Variación en los ingresos entre Agosto 2016 y Agosto 2017	37
Variación en los ingresos por cartera total entre Agosto 2016 y Agosto 2017	38
Variación de cantidad de usuarios entre Agosto 2016 y Agosto 2017 ..	39
Variación en la prima por usuario entre Agosto 2016 y Agosto 2017 ...	40
Variación de cantidad de colaboradores entre Marzo y Agosto 2017 ...	41
3.3. ENTREVISTA	43
Eco. Jessica Roldos (Subgerente Negocios Empresariales – Salud S.A.).....	43
4. PROPUESTA DE LA INVESTIGACIÓN.....	44
4.1 Objetivo de la propuesta	44
Justificación de la propuesta.....	45
En el producto individual.....	45
Producto Individual por canal bróker	45
En el producto Oncocare	46
En el producto Empresarial.....	46
Breve presentación del Producto Empresarial.....	47
En el producto Experience.....	50
5. CONCLUSIONES	51
6. BIBLIOGRAFÍA	52
7. ANEXOS.....	54

INTRODUCCIÓN

La medicina prepagada es la asistencia sanitaria proporcionada por entidades no gubernamentales; es decir, por empresas privadas a las que el ciudadano contribuye generalmente por vía de suscripción de seguros de salud. Se basa en contribuciones voluntarias que están determinadas por quienes tienen los recursos para pagar un plan privado de salud, de acuerdo a sus propias posibilidades y expectativas.

Salud S.A. empresa de medicina prepagada, líder en el mercado ecuatoriano desde el año 1993, recientemente afectada por las nuevas regulaciones por parte del Ejecutivo, se ve en la necesidad de analizar y abordar este tema, porque es importante conocer la situación actual de la compañía con respecto al impacto en su segmento corporativo o empresarial que deja esta nueva Ley de Medicina Prepagada; así como, diseñar estrategias de comercialización y captación para contrarrestar tales efectos.

Planteamiento del Problema

Desde hace muchos años, comenzaron a establecerse en Ecuador las compañías de medicina prepagada. Actualmente existen entre cinco o seis de las más importantes, por el número de afiliados. Según datos obtenidos, los afiliados llegan a más o menos 800 000, que con una cuota de entre USD 40 y 60 dólares reciben atención médica en clínicas y hospitales de primera. Algunas incluyen, con un aumento en la cuota, al cónyuge y sus hijos. (San Martín, 2016)

La Ley de medicina prepagada, aprobada por la Asamblea Nacional en octubre del 2016, con vigencia desde abril 2017 dispuso entre las reformas el reembolso que el sector deberá realizar al Estado. Esta medida está contenida en la disposición general quinta, que obliga a las empresas de medicina prepagada y aseguradoras a reembolsar al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IEES) o al Ministerio de Salud (MSP) cuando sus clientes opten por atenderse en hospitales públicos, de manera directa y por derivaciones. Las empresas también deberán ajustarse de manera inmediata a los cambios relacionados con la estructura del negocio: aumento de capital y de reservas técnicas; así como, la

reinversión de utilidades. Para esto, las firmas tenían un año plazo para cumplir con las disposiciones antes descritas, contado a partir de la publicación de la norma en el Registro Oficial. (Registro Oficial Órgano del Gobierno del Ecuador, 2016)

¿Cómo ha afectado la nueva ley de medicina prepagada a la compañía Salud S.A.?

Objetivos

Objetivo General

- Analizar los efectos causados por la vigencia de la Ley de Medicina Prepagada para la propuesta de estrategias de comercialización.

Objetivos Específicos

- Establecer las bases teóricas, legales y técnicas referentes a estrategias de mercado en el contexto de la medicina prepagada.
- Diagnosticar la situación actual de Salud S.A. con respecto al segmento de mercado de medicina prepagada, luego de la aplicación de la referida ley.
- Proponer estrategias de comercialización para recuperar mercado ante los efectos de la Ley de Medicina Prepagada.

Justificación

Es importante hacer un análisis del impacto que ha tenido el sector de las empresas que ofrecen servicios de asistencia médica luego de la aprobación de esta nueva ley de medicina prepagada, nos permitirá tener una idea clara de cómo se debe afrontar dichos efectos sin dar ventaja en este mercado tan competitivo.

El siguiente estudio de caso nos permitirá analizar la situación actual de la empresa Salud S.A. luego de acatar la nueva ley de medicina prepagada y aportar de acuerdo al diagnóstico una serie de estrategias que sirvan para

afrontar y recuperar su segmento de mercado e ingresos anuales, que se han visto afectados negativamente.

Novedad o Aspecto Innovador

Cabe recalcar que Salud S.A. es la única compañía de servicios de asistencia médica que tomó decisiones a partir de la aprobación de esta nueva ley convirtiéndose este estudio de caso en el primer análisis específico donde se busca aportar con alguna propuesta comercial que pueda servir para los próximos años.

El análisis de la situación actual de Salud S.A afectada por las regulaciones estatales y la determinación de estrategias de comercialización para recuperar y captar el segmento corporativo perdido y/ o nuevos clientes bajo otras condiciones de productos.

1. MARCO TEORICO

La gran demanda de pacientes en los últimos años saturaron las casas de salud pública, la falta de especialistas requeridos y las largas esperas para una cita médica por más de 3 o 4 meses obligó a las personas a buscar entidades que brinden servicios de asistencia médica privada y empresas de medicina prepagada que les garanticen una atención oportuna de calidad.

Según la Universidad de Navarra en España, la medicina privada es el modo de ejercicio de la medicina en que el médico percibe sus honorarios directamente del paciente o de una entidad aseguradora que abona sus gastos médicos.

Adicional, la medicina prepaga o asistencia sanitaria privada es la asistencia proporcionada por entidades no gubernamentales, empresas privadas a las que el ciudadano contribuye generalmente vía suscripción de contratos de seguros de salud.

Es decir que este sistema se basa en atribuciones voluntarias que están determinadas por quienes tienen los recursos para pagar un plan privado de salud, de acuerdo a sus expectativas.

Otra definición importante que debemos mencionar es la prestación sanitaria o prestación médica como la actividad o conjunto de actividades destinadas a promover la salud, prevenir la enfermedad, recuperar y rehabilitar el estado de salud de las personas, que son brindadas por profesionales y establecimientos de servicios de salud, habilitados por la autoridad correspondiente para el efecto y de libre elección del paciente. (Salud S.A., 2017)

La mayoría de dichas entidades son privadas, las cuales de acuerdo a los convenios con las empresas aseguradoras brindan sus servicios ambulatorios y hospitalarios a los pacientes haciendo uso de sus planes contratados ya sea de forma individual o empresarial.

La medicina prepagada o asistencia sanitaria privada al no ser parte del sector público tiene diferentes características que se mencionará a continuación:

- No se basa en principios de solidaridad. Por el contrario, radica en que cada individuo recibe en proporción a su aporte mensual. El que cancela \$ 250,00 y el que cotiza solamente \$35 tienen derecho a sistemas radicalmente opuestos en términos de cobertura y calidad.
- No funciona desde el punto de vista legal como un sistema de seguridad social, sino como un contrato de aseguramiento. En este aspecto, los usuarios definen los montos de cobertura y los tipos de beneficios para el afiliado individual, grupo familiar o afiliado en un nivel empresarial.
- Según Titelman, los beneficios ofrecidos varían según la cotización y el riesgo médico del asegurado. En este tema se presenta la mayor cantidad de polémicas, Santiago Murgueitio de Ciudadela Salud en Colombia sostiene que el sistema es complejo en la medida en que para formalizar un contrato se realiza una evaluación de la historia clínica del paciente, con el fin de establecer si padece de alguna(s) enfermedad(es) que haga no viable o más costosa la afiliación.
- Las empresas de medicina prepagada funcionan de dos formas diferentes: tienen contratos con la mayor cantidad o totalidad de clínicas y centros hospitalarios o funcionan con una red propia de entidades prestadoras de servicios.
- Los honorarios y costos del servicio sanitario corren por cuenta del contratista.

América Latina

Según estudio realizado en la Universidad Tecnológica Equinoccial del Ecuador señala que la medicina privada como política gubernamental está relacionada en América Latina con el surgimiento de la reforma liberal y de mercado de finales de los años ochenta. A pesar de ello, algunos países como Chile, iniciaron el proceso al empezar la década de los años ochenta (1981), pues su sistema político estaba asociado tempranamente a las ideas neoliberales que posteriormente se convirtieron en el eje ideológico de la región.

En términos generales, el análisis de la política de salud había determinado que existían bajos niveles de eficiencia y eficacia en la asignación de recursos. En otras palabras, que incrementar el gasto público en salud como recomendación

histórica de los expertos en el tema no se traducía en un aumento de la calidad de los servicios prestados, pues el sistema no estaba atado a la realidad, de manera que se privilegiaban los "free riders"¹, es decir, polizones que no aportaban al sistema, pero buscaban recibir todos los beneficios.

Según este mismo estudio, el sistema de mercado, por el contrario, fue concebido como un esquema en el que el libre juego de la oferta y la demanda deberían presionar a los oferentes de servicios de salud a incrementar la calidad y la eficiencia, al tiempo que les permiten a los ciudadanos elegir qué tipo de cobertura quieren.

La Medicina Prepagada en Ecuador

Según la revista Ekos, para entender de mejor forma el entorno de la salud en Ecuador y sus problemática, es necesario conocer a fondo y entender brevemente cómo está estructurado el sector de servicios de la salud. (Ekos Empresarial, 2013)

Existe el sector público, que asume este papel facultado en la Constitución del Ecuador y lo convierte en un derecho del ciudadano irrenunciable a favor del mismo a tener acceso a los cuidados de salud. Este sistema es canalizado mediante las distintas instituciones como el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), entidad que jugará un papel muy importante en este trabajo de investigación, adicional el Ministerio de Salud, Municipios, Gobiernos Provinciales, Organismos internaciones o proyectos financiados por ONG's.

Es verdad que el Estado ha intentado mejorar los programas de atención y prevención medica dado el incremento en el presupuesto para el sector Salud sin embargo, actualmente la infraestructura hospitalaria con la que cuenta el país para atender las necesidades de salud, se centra en alrededor de 140 Distritos Administrativos distribuidos en nueve zonas de planificación por parte del Ministerio de Salud a nivel nacional y de 86 unidades hospitalarias por parte del IESS de las cuales 6 se encuentran en la ciudad de Guayaquil, datos obtenidos de la página oficial del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

¹ Free riders: aquellos consumidores de bienes o servicios indivisibles, sobre todo públicos, que se benefician de ellos sin pagar contraprestación alguna; así como a la utilización excesiva de algo por el mismo hecho de que sea gratuito.

El IESS clasifica a sus centros hospitalarios por la capacidad de respuesta frente a la gravedad de la enfermedad, es así que cuenta con tres hospitales Nivel III que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y resuelven enfermedades de alta complejidad.

Los hospitales de II nivel, brindan atención ambulatoria, emergencias y hospitalizaciones en medicina general, ginecología, obstetricia, pediatría y cirugía de los cuales, el sistema de la Seguridad Social Ecuatoriana cuenta con 22 instituciones de estas características.

Una vez explicado brevemente como está estructurado el sistema de Salud público y conociendo la cantidad de instituciones y centrales medicas es claro que la infraestructura hospitalaria instalada se mantiene insuficiente para los requerimientos médicos de los 14 millones de ciudadanos que necesitan atención.

A todo esto se le debe añadir la calidad de servicio y atención que a lo largo del tiempo este sistema público de salud ha ofrecido a sus afiliados, quienes todos los meses realizan su aporte como lo exige la ley. Largas esperas por una atención, entrega de medicinas, algunas veces sin la suerte de recibir su beneficio el afiliado se regresa con la frustración de no ser atendido como lo merece, llegando a la misma conclusión de que el sistema es deficiente y muy pobre.

Es por ello, quienes vieron la oportunidad de crecimiento son las aseguradoras, las prestadoras médicas, las empresas de sistema de medicina prepagada y los servicios de asistencia enfocados a la salud en general.

En vista de las deficiencias en los planes primarios o estatales mencionados previamente, los ecuatorianos en busca de soluciones que permitan compensarlas o suplirlas desarrollaron nichos (vida grupo y asistencia médica) que en conjunto presentaron crecimientos anuales sostenidos del 27% promedio desde el año 2000. (Instituto Técnico Latino Insurance, 2012)

Esta misma realidad explica el crecimiento del sector asegurador en el país desde 1937, cuando se registra la primera compañía de seguros, actualmente se registra en alrededor de 59 estando entre las principales en lo que se refiere a servicios

de asistencia médica: Salud S.A., Ecuasanitas, Humana, BMI, Palic, Transmedical, AIG, Bupa, Med-Ec, Asisken, Mediken entre otras.

Para este trabajo de investigación, se realizará un análisis de los efectos causados por la aplicación de la nueva ley de medicina prepagada a la empresa Salud S.A., líder en el mercado de asistencia médica con una participación de casi el 35%.

Salud S.A.

Salud S.A. fue fundada en el año 1993, a través de la unión de dos empresas líderes en sus respectivos campos: Seguros Equinoccial y Hospital Metropolitano, las cuales decidieron aliarse y formar una empresa de medicina prepagada.

Salud S.A. posicionó el concepto de libertad de elegir con quien atenderse, y a la vez creó la más amplia red de prestadores afiliados con ventajas de calidad, precios y formas de pago. Por ello, los productos generaron una gran demanda y aceptación por parte de los clientes, y esto, a su vez, significó un gran crecimiento que permitió a la empresa terminar el primer año de labores como la mayor empresa de protección en el campo de la salud, por facturación y volumen de usuarios.

La innovación permanente, la calidad de su gente y la atención eficaz han sido el motor de desarrollo que hoy en día permite, además de brindar protección a sus clientes, constituirse en el prestador de salud más importante en la atención médica ambulatoria del país, con 154.000 consultas médicas realizadas durante el 2006 a través de los Puntos Médicos Familiares.

Salud S.A., buscando siempre satisfacer las necesidades de sus clientes tanto individuales como empresariales se maneja con sus planes: Práctico, Ideal, Élite, Privilegio, cada uno con una cobertura diferente; además, de los beneficios particulares. Adicionalmente, un plan Oncocare, producto especializado frente al Cáncer, Salud Dental y otro llamado Respaldo Total, producto con convenio internacional con la Clínica Universidad de Navarra de España.

Eso en el ámbito individual, en la parte empresarial Salud S.A. maneja sus productos Pool Empresarial, Pool Voluntario, Grupal Elegible y Voluntario,

productos dirigidos a pequeñas, medianas y grandes empresas en reemplazo a su anterior producto corporativo, el cual se vio lamentablemente afectado por la nueva ley de medicina prepagada puesta en vigencia en Octubre 2016 llegando incluso a su cancelación con grandes empresas a nivel nacional.

Ahora por otra parte es importante conocer el origen de esta nueva ley aprobada por la Asamblea Nacional y cuál es su importancia o efectos que causará al sector privado específicamente empresas que brindan servicios de asistencia médica.

Ley de Medicina Prepagada

Oficialmente "*Ley Orgánica que regula a las compañías que financien servicios de atención integral de Salud Prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica*" (Registro Oficial Órgano del Gobierno del Ecuador, 2016)

Con 92 votos a favor y 27 en contra el 12 de Octubre del 2016 se aprobó la nueva ley de que regula a las compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que ofrecen cobertura de asistencia médica, que fue publicada el 17 de Octubre del 2016 para su posterior entrada en vigencia a los 180 días a partir de su publicación.

¿Cuál es su razón de ser?

Considerando que el art. 3 de la Constitución de la Republica señala como deber primordial del Estado "*garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internaciones, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes*". (Constitución de la República del Ecuador, 2008)

Es decir su objetivo principal es normar la constitución y el funcionamiento de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada; regular, vigilar y controlar la prestación de dichos servicios para garantizar los derechos de los ciudadanos. Quienes tendrán el deber de revisar, controlar, estipular o fijar atribuciones, también aprobar la información de los planes y contratos será la Superintendencia de Compañía y el Ministerio de Salud Pública; así como, sancionar y solucionar cualquier polémica.

Principales cambios

Se resalta los principales cambios o modificaciones que presenta la normativa basándose generalmente en ampliaciones de coberturas y servicios para los usuarios de este segmento.

Preexistencias

La normativa señala que ahora se deben cubrir las enfermedades preexistentes; es decir, todo evento o enfermedad diagnosticada o conocida por el paciente antes de la suscripción del contrato, cobertura que será por un monto de hasta 20 salarios básicos unificados a partir del mes 25 del contrato. Las empresas involucradas cubrían estas preexistencias siempre y cuando hayan sido controladas o no presenten una siniestralidad importante.

Atención ambulatoria para diálisis y hemodiálisis

Antes de la referida ley, las empresas que brindan servicios de asistencia médica prestaban atención ambulatoria en medicina general y diversas especialidades; sin embargo con esta nueva normativa la prestación de estos servicios ambulatorios para los pacientes que requieran diálisis y hemodiálisis se incluyen.

Embarazo

Con la ley actual el periodo de carencia queda establecido en 60 días para los contratos individuales que tengan cobertura de maternidad. Este periodo de carencia empezará a partir de la suscripción del contrato, el cual podrá ser menos siempre y cuando haya un acuerdo entre las partes contratantes. Si el embarazo se da en pleno tiempo de carencia la mujer recibirá atención prenatal lo cual antes no estaba dentro de la cobertura.

Cobertura integral para enfermedades oncológicas

A pesar de diseñar planes especiales para atender pacientes oncológicos, de acuerdo a la nueva normativa los pacientes deben ser atendidos de forma integral y deberán incluir obligatoriamente cirugía reconstructiva y rehabilitación de acuerdo al plan escogido.

Personas con discapacidad

La nueva normativa prohíbe la negación a cualquier ciudadano con alguna discapacidad o la renovación por motivos de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, estado civil, condición migratoria, estado de salud, discapacidad o por ejemplo si hay pacientes con VIH, bajo ninguna circunstancia se prohibirá dicha suscripción. Tampoco se incrementarán precios al renovar a un paciente de la tercera edad.

Otras coberturas

Las enfermedades congénitas, genéticas y hereditarias de acuerdo a la nueva normativa estarán totalmente cubiertas a diferencia de las enfermedades crónicas, catastróficas, degenerativas y raras se atenderán de acuerdo al plan contratado.

Reembolso

El cambio más importante o la modificación que mayor impacto tiene para las empresas que financian servicios de atención integral de salud y a las que oferten cobertura de seguros de asistencia médica es el reembolso que el sector está obligado a realizar al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y al Ministerio de Salud Pública por cada atención que los afiliados reciban por parte de los centros médicos estatales.

Según el Comité Empresarial Ecuatoriano (CEE), se calcula que el sector deberá pagar un monto aproximado de \$71 millones anuales por las derivaciones y atenciones directas que reciben los afiliados por parte del IEES teniendo su seguro privado correspondiéndole a la empresa Salud S.A. un aproximado de \$ 7 millones. Y para la Asociación Ecuatoriana de Empresas de Medicina Integral Prepagada (Aeemip), el impacto significaría un incremento del 57% en la tarifa mensual de los planes.

Conociendo el impacto más negativo que la empresa Salud S.A. debe afrontar, se tomó en su momento algunas decisiones para no permitir que su rentabilidad se vea afectada. Dicha rentabilidad se analizará más adelante pero antes debemos conocer algunas definiciones de lo que es rentabilidad.

Rentabilidad

Entre las definiciones clásicas y modernas más usuales que se encuentran en la vasta bibliografía de algunos autores, se citan las siguientes:

"La rentabilidad es la relación que existe entre la utilidad y la inversión necesaria para lograrla, ya que mide tanto la efectividad de la gerencia de una empresa, demostrada por las utilidades obtenidas de las ventas realizadas y utilización de inversiones, su categoría y regularidad es la tendencia de las utilidades. La rentabilidad también es entendida como una noción que se aplica a toda acción económica en la que se movilizan los medios, materiales, humanos y financieros con el fin de obtener los resultados esperados". (Torres, 2013)

Otro autor señala que, la rentabilidad hace referencia a los beneficios que se han obtenido o se pueden obtener de una inversión que hemos realizado previamente. Tanto en el ámbito de las inversiones como en el ámbito empresarial es un concepto muy importante porque es un buen indicador del desarrollo de una inversión y de la capacidad de la empresa para remunerar los recursos financieros utilizados. (Economipedia, 2016)

En una última definición de lo que es Rentabilidad se considera que la rentabilidad es la capacidad que tiene algo para generar suficiente utilidad o ganancia; por ejemplo, un negocio es rentable cuando genera mayores ingresos que egresos, un cliente es rentable cuando genera mayores ingresos que gastos, un área o departamento de empresa es rentable cuando genera mayores ingresos que costos. Pero una definición más precisa de la rentabilidad es la de un índice que mide la relación entre la utilidad o la ganancia obtenida, y la inversión o los recursos que se utilizaron para obtenerla. (CreceNegocios, 2013)

La rentabilidad se puede definir de algunas formas sin embargo el sentido es el mismo, la rentabilidad es la mezcla de factores económicos, resultados logrados y el uso de materiales que caracterizan a cada compañía o empresa los cuales se utilizarán para un fin común.

Estrategias comerciales

Para entender el concepto de estrategias comerciales es importante hacer un desglose, el término estrategia se define como un patrón integrado de actos destinados a alcanzar objetivos propuestos mediante la coordinación y utilización

al 100% de los recursos de la compañía o proyecto que se lleva a cabo. El propósito de la estrategia es lograr una ventaja que compita a lo largo del tiempo y que genere una rentabilidad para la empresa y el término comercial va ligado directamente a la aceptación que el producto tendrá en el mercado. (Archieve, 2014)

Según (Archieve, 2014) , juntando los dos términos se define como los principios o caminos que una empresa toma para alcanzar sus metas comerciales.

Es decir, las estrategias comerciales son planes diseñados para alcanzar los objetivos de la compañía en el área de ventas logrando una rentabilidad sostenible y un posicionamiento en el mercado que permita competir en el tiempo.

Rediseño de Producto

Según Florencia Ucha, Re es uno de los prefijos más utilizados a instancias de nuestra lengua y que utilizamos delante de algunas palabras para referirnos a una acción repetida. Es decir un rediseño se refiere a la acción de volver a diseñar algo; entendiendo que el diseño es la actividad creativa donde una persona de forma individual o colectiva aporta ideas al producto para luego ser comercializados en un mercado. (Ucha, 2015)

Otros autores indican que hay que tener en cuenta que el concepto de rediseño no forma parte del diccionario de la Real Academia Española. De todos modos, la inclusión del prefijo re indica que un rediseño es el resultado de volver a diseñar algo.

Entonces, se puede considerar que el rediseño de un producto es la acción de volver hacer algo o modificarlo juntando y recopilando ideas nuevas para con eso poder seguir compitiendo en un mercado o para lograr completar alguna estrategia comercial.

2. MARCO METODOLOGICO

La metodología a utilizarse en este trabajo de investigación se considera importante los siguientes métodos: método exploratorio, descriptivo, explicativo y analítico.

Método Exploratorio

Se considera exploratorio porque mediante este tipo de investigación se tendrá un acercamiento al problema que se pretende estudiar y conocer. (Metodología de Investigación, 2016)

Este tipo de investigación se realiza para conocer el tema y familiarizarnos con algo que se desconoce, en este caso recopilaremos toda la información acerca de la nueva ley de medicina prepagada, efectos negativos, modificaciones y todas las consecuencias que las aseguradoras en nuestro país se ven en la obligación de afrontar especialmente Salud S.A.

Método descriptivo

En este tipo de investigación lo más importante es resaltar la situación más relevante de lo que está sucediendo o de una situación concreta. (Metodología de Investigación, 2016)

En este caso se describe como el factor más relevante dentro de esta nueva ley de medicina prepagada que afecta a las empresas que brindan servicios de asistencia médica, el reembolso que deben realizar las empresas aseguradoras a instituciones de salud pública por las atenciones que los afiliados a un seguro privado hayan recibido de estas, procedimiento que para quienes están al mando de este sector no tiene sentido de ser puesto que los afiliados aportan un valor mensual al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, lo cual les dá el derecho de ser atendidos indistintamente si tienen un seguro privado o no.

Método Explicativo

La investigación de tipo explicativa como su nombre lo indica, no solo describe el problema detectado u observado sino que se involucra más en identificar y explicar las causas que originaron la situación problemática, es decir porque

ocurrió y en qué condiciones se encuentra actualmente o porqué se relacionan dos o más variables.

Método Analítico

Este tipo de investigación o método analítico permitirá realizar un análisis de los efectos causados; para el efecto se analizará los ingresos anuales y rentabilidad de la compañía Salud S.A. en relación al año 2016 y lo que está generando actualmente. Este método ayudará a revisar si las decisiones que se tomaron a partir de nueva ley surtieron el efecto esperado o que tanto se vieron afectadas las ventas en este año.

Periodo y lugar donde se realiza el estudio de investigación

El presente estudio de caso se realizó en Salud S.A., empresa nacional de medicina prepagada líder en el mercado con casi el 35% de participación, entre los meses de agosto 2016 y 2017, la empresa en mención tomó la decisión de salir de su segmento corporativo.

Operacionalización de las variables

Variable: Es un elemento susceptible de cambio que puede ser medible y observable. Las variables no son constantes.

Variab	Definición	Indicadores	Métodos, técnicas e instrumentos
Rentabilidad	La rentabilidad es la relación entre los ingresos y costos generados por el uso de los activos de la empresa en actividades productivas. La rentabilidad de una empresa puede ser evaluada en referencia a las ventas, a los activos, al capital o al valor	Ingresos anuales	Metodología de análisis comparativo. Análisis de ingresos mediante gráficos comparativos.

	accionario.		
Rediseño de Producto	El rediseño de un producto es la acción de volver hacer algo o modificarlo juntando y recopilando ideas nuevas para con eso poder seguir compitiendo en un mercado o para lograr completar alguna estrategia comercial.	Aceptación del mercado.	Metodología de análisis comparativo, en este caso se utilizará el instrumento: entrevista.

Métodos, técnicas e instrumentos empleados

Las técnicas de recopilación de datos son las diversas formas o maneras de obtener la información y que va ser utilizada por el investigador como por ejemplo: el análisis comparativo por medio de gráficos de barras de Microsoft Excel.

También se utilizará el método de la entrevista para conocer información en base a criterios especializados lo cual aportará al diagnóstico para la formulación de la propuesta.

Método Comparativo

El método comparativo (de la comparación o contrastación) consiste en colocar dos o más fenómenos, uno al lado del otro, para establecer sus similitudes y diferencias y de ello sacar conclusiones que definan un problema o que establezcan caminos futuros para mejorar el conocimiento de algo. El objetivo fundamental del método comparativo se basa en la generalización empírica y la

verificación de hipótesis, teniendo como ventaja el poder comprender cosas desconocidas a partir de las conocidas, la posibilidad de explicarlas e interpretarlas, perfilar nuevos conocimientos y sistematizar la información distinguiendo las diferencias con fenómenos o casos similares. (Hernandez Sampieri, 2004)

En el siguiente estudio se utiliza el método comparativo para realizar el análisis respectivo de los ingresos anuales en cuanto al segmento corporativo afectado producto de la nueva ley de medicina prepagada, se analiza ingresos entre agosto del 2016 y agosto 2017, específicamente cual ha sido la variación o el cambio entre un año y otro.

Este análisis comparativo se basa en información real por parte de la empresa la cual se procesa en gráficos de barras para su mejor entendimiento.

Método Entrevista

Según (Galán, 2012) la entrevista, es la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio con el fin de obtener respuestas verbales a los interrogantes planteados sobre el problema propuesto. Se considera que esta metodología es más eficaz que el cuestionario, ya que permite obtener una información más completa.

Otros autores indican que la entrevista como método de investigación cualitativa es un proceso de comunicación que se realiza normalmente entre dos personas; en este proceso el investigador obtiene información del entrevistado de forma directa.

La entrevista no es considerada como una conversación normal, sino una conversación formal con una intención definida que es cumplir un objetivo dentro de la investigación.

Existen 3 tipos de entrevista dentro de la investigación, entrevista estructurada, semiestructurada y no estructurada.

Para este caso de estudio se considera realizar una entrevista semiestructurada para dar la opción al entrevistado a que nos dé su opinión o punto de vista frente

a los temas tratados, con preguntas abiertas donde se tenga incluso la opción de desviarnos del guion inicial, si es necesario tratar un tema adicional.

Diseño de la Entrevista

Eco. Jessica Roldos (Subgerente Negocios Empresariales – Salud S.A.)

1. ¿Qué opina usted acerca de la nueva Ley de medicina prepagada cuando ya casi se cumple un año desde su aprobación?
2. ¿Cuál piensa usted, que fue la razón para que el Ejecutivo haya enviado a la Asamblea esta nueva disposición para su aprobación?
3. Si bien es cierto los beneficiados son los clientes por la inclusión de nuevas coberturas. ¿Cómo cree usted que tomaron esta nueva regulación las empresas que brindan servicios de asistencia médica?
4. ¿Piensa usted que esta nueva ley se elaboró para mejorar la situación del IESS, específicamente por el reembolso que deben hacer las aseguradoras?
5. En caso de la empresa Salud. ¿Cree usted que la decisión de dejar el segmento corporativo fue la mejor aunque esto signifique un impacto negativo a lo largo del tiempo?
6. Siendo Salud S.A. la empresa líder con mayor participación en el mercado. ¿Cómo se prepara o que está haciendo para afrontar estos efectos negativos producto de esta nueva regulación?
7. Finalmente ¿Cuál es su perspectiva del mercado actual con los productos rediseñados que están ofreciendo al segmento empresas?

Software a utilizar

El software Microsoft Excel, será fundamental para el respectivo análisis por medio de sus gráficos de barras y con esto la presentación de los resultados obtenidos para este estudio de caso.

3. ANÁLISIS DE RESULTADOS

3.1. LA EMPRESA SALUD S.A.

Razón Social:

Saludsa Sistema de Medicina Prepagada del Ecuador S.A

Nombre Comercial: Salud S.A

Ruc: 1791257049001

Ubicación: Guayaquil, Av. Carlos Julio Arosemena Tola Km.3

Telefax: 046020920

Actividad:

Actividades de consulta y tratamiento por médicos de medicina general o especializada, incluso cirujanos en instituciones de atención de la salud, clínicas, servicios de consulta externa en hospitales y sociedades de medicina prepagada.

Importancia dentro del Sector:

En la actualidad, se ha vuelto necesario contar con un plan de asistencia médica. La deficiencia de la seguridad social y la demanda de servicios han hecho que la población prefiera empresas de medicina prepagada y aseguradoras que proveen este servicio. En Ecuador, este sector movió 280 millones de dólares en el año 2014, siendo Saludsa la empresa con mayor participación del mercado, con el 35%. El crecimiento de la industria en el año 2014 fue 7,45%. En ese mismo año, Saludsa creció el 12,45%. De acuerdo a estudios que evalúan el potencial del

mercado, se estima que apenas el 4,3% de la población total del Ecuador tiene contratado un plan de asistencia médica, sea este individual o corporativo.

3.1.1. ANÁLISIS FODA DE LA EMPRESA

ANÁLISIS INTERNO

FORTALEZAS:

- Empresa con cobertura nacional y extensión internacional.
- Amplia trayectoria en el sector de la medicina prepagada y asistencia médica.
- Diversificación y variedad de productos y servicios ofertados.
- Estructura de servicio al cliente bien definido.
- Excelente clima laboral.
- Empresa con mayor participación en el mercado.
- Calidad de Servicio.

DEBILIDADES:

- Ausencia publicitaria.
- Siniestralidad es variable tanto para empresas y personas.
- Cobertura internacional recientemente sacada al mercado frente a otros seguros internacionales con experiencia.

ANÁLISIS EXTERNO

OPORTUNIDADES

- Desarrollo de nuevos segmentos de mercado.
- Empresas del sector están próximas a cerrar sus operaciones.
- La cultura de seguro en las personas va en ascenso cada vez más.
- Crecimiento de la población.
- Deficiencia en el sector público.

AMENAZAS

- Nuevas leyes y reformas constitucionales.
- La competencia en el sector cada vez es más fuerte.
- Incertidumbre política.
- Aseguradoras que mantienen precios aún corporativos en el mercado.

3.1.1.1. CALIFICACIÓN DE RIESGO

FACTORES	VARIABLE	INDICADORES	PUNTAJE
Empresa con cobertura nacional y extensión internacional.	Fortalezas	A+	1
Amplia trayectoria en el sector de la medicina prepagada y asistencia médica.	Fortalezas	A+	1
Diversificación y variedad de productos y servicios ofertados.	Fortalezas	A+	1
Estructura de servicio al cliente bien definido.	Fortalezas	A+	1
Excelente clima laboral.	Fortalezas	A+	1

Empresa con mayor participación en el mercado.	Fortalezas	A+	1
Calidad de Servicio.	Fortalezas	A+	1
Ausencia publicitaria.	Debilidades	B-	3
Siniestralidad es variable tanto para empresas y personas.	Debilidades	B+	3
Cobertura internacional recientemente sacada al mercado frente a otros seguros internacionales con experiencia.	Debilidades	C+	5
Desarrollo de nuevos segmentos de mercado.	Oportunidades	A+	1
Empresas del sector están próximas a cerrar sus operaciones.	Oportunidades	A+	1

La cultura de seguro en las personas va en ascenso cada vez más.	Oportunidades	A+	1
Nuevas leyes y reformas constitucionales.	Amenazas	C+	5
La competencia en el sector cada vez es más fuerte.	Amenazas	B-	4
Incertidumbre política.	Amenazas	C+	5
Aseguradoras que mantienen precios aún corporativos en el mercado.	Amenazas	B-	4

Elaborado por: El autor

3.2 SITUACIÓN ACTUAL DE LA EMPRESA SALUD S.A.

El 2016 fue un año muy complejo para el sector de empresas que brindan servicios de asistencia médica, siendo la principal causa la promulgación de la nueva Ley de Medicina Prepagada.

A pesar de que Salud S.A. siempre apoyó una reforma y modernización de la anterior ley, actualmente hay algunos aspectos de esta nueva regulación que afectó a toda la industria, por lo tanto cada empresa deberá analizar de qué manera enfrenta el nuevo marco legal.

La incidencia más importante de la nueva ley tiene que ver con la obligación de las empresas de medicina prepagada de reembolsar al Estado por las atenciones que los afiliados a un seguro privado que a la vez son clientes del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), se hayan realizado en los centros médicos de la red pública.

Salud S.A. hasta ahora no conoce el monto oficial que debe reembolsar al estado sin embargo se reserva un monto aproximado a \$ 7 millones de dólares. Esta obligación no estaba incluida en los planes antes de que se promulgue la referida ley, por lo tanto son costos que no estaban dentro del presupuesto anual.

Para entender mejor esta situación, hay ciertos clientes que pagan obligatoriamente al IESS por la cobertura médica y deciden voluntariamente contratar planes de medicina prepagada, así mismo, empresas que brindan como beneficio a sus colaboradores una cobertura médica privada para complementar su cobertura estatal y usan ambas según la situación. Ahora las empresas de medicina prepagada deben asumir el 100% de este costo según la nueva ley y el IESS asume los costos fuera de la cobertura privada.

Salud S.A., luego de realizar un análisis exhaustivo en cuanto a las consecuencias que esta nueva reforma podría causar, debió tomar decisiones un tanto drásticas que solo el tiempo dirá si fue la más conveniente en relación a sus ingresos y cantidad de usuarios.

La decisión fue dejar el segmento corporativo, es decir cancelar el contrato corporativo con aproximadamente 600 empresas a nivel nacional donde se vieron afectadas alrededor de 170.000 pólizas corporativas quienes tuvieron vigencia hasta Noviembre 2016, otras que son muy pocas aún están vigentes respetando su contrato hasta el 2018 las cuales recién se habían renovado antes de aprobarse la Ley.

Salud S.A. decidió acogerse a una cláusula de terminación anticipada de contrato de sus clientes corporativos debido a la inminente aprobación de esta reforma.

Se considera que la razón principal por la cual la empresa en referencia tomó esta decisión fue para precautelar el futuro de la compañía en todos sus aspectos. Hay que reconocer que en ciertas compañías existe la clase operaria la cual es la más

significativa por ejemplo en empresas grandes y multinacionales donde en ocasiones se les puede dificultar ir a un centro médico privado por más mínimo que sea el valor de la consulta, exámenes médicos o medicinas, es posible que en ese momento no dispongan de dinero en efectivo ni tarjeta de crédito entonces la salida más rápida es asistir a los centros públicos donde la atención es gratuita lógicamente. Estos grupos grandes son los que frecuentemente usan el seguro social y es posible que lo sigan utilizando por las razones ya mencionadas.

Otra motivación para estos grupos suele ser por orden propio de las compañías, para no afectar su siniestralidad y que no sufran ajustes en precios en las renovaciones envían a sus empleados hacer uso del seguro estatal. Es difícil entender esta situación porque si una persona tiene un seguro privado es para que lo utilice en todos los sentidos.

Salud S.A. no podía continuar con esta situación ya que eso significaba recibir facturas del IESS extremadamente elevadas si continuaba con su producto corporativo.

Es claro que si hay un impacto notable en cuanto a ingresos y cantidad de usuarios porque actualmente ya la empresa no cuenta con la misma cantidad de empresas y usuarios en relación al año 2016, partiendo desde ahí ya se empieza a notar los efectos negativos causados por reforma. Se estima que el impacto para la empresa en mención sería aproximadamente de \$20 millones de dólares al año.

Extracto de la nueva Ley de Medicina Prepagada. (Registro Oficial Órgano del Gobierno del Ecuador, 2016) (Perez Bustamante & Ponce, 2016)

Disposiciones generales:

Las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros que oferten cobertura de asistencia médica:

- Formarán parte del sistema nacional de salud.
- Deberán constituirse en el Ecuador como sociedades anónimas.

- Su objeto social será único y deberá referirse al financiamiento de los servicios de atención integral de salud prepagada, asumiendo costos de los servicios de salud y prestaciones estipuladas.
- Tendrán un capital suscrito y pagado mínimo de un millón de dólares.
- Mantendrán requerimientos de solvencia sobre la base del patrimonio técnico, inversiones obligatorias y reservas técnicas constituidas y contabilizadas.
- Solo podrán ofertar servicios de salud prestados por terceros.
- Los servicios y prestaciones ofertadas deberán estar fundamentados en medicina basada en evidencia y en la oferta y tecnologías sanitarias aprobadas y disponibles en el país o en el exterior.
- Le corresponde a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros el regular a estas compañías en materia societaria, financiera y contractual no sanitaria.
- Le corresponde a la Autoridad Sanitaria Nacional ejercer la regulación y control de estas compañías en cuanto a los planes, programas, modalidades, contratos y pólizas, entre otros.

Planes, programas, modalidades, contratos y pólizas

Todos los planes y programas deberán:

- Estar redactados en castellano. No contendrán términos ambiguos o ambivalentes.
- Contener el detalle de las prestaciones cubiertas, su contenido, alcance y límites.
- Garantizar a los usuarios el acceso efectivo a los servicios de salud de acuerdo con el plan contratado.

Están prohibidas las exclusiones discriminatorias por cualquier motivo.

Se podrá brindar los servicios a través de tres modalidades:

- Abierta: el usuario recibe atención a través de terceros no relacionados con el oferente;

- Cerrada: el usuario recibe atención únicamente a través de prestadores relacionados comercial o societariamente; o,
- Mixta: combinación de ambas modalidades.

Condiciones de los contratos:

- Contendrán el detalle de las prestaciones, sus contenidos, alcances y límites. Detallarán la modalidad de copago; y los porcentajes que le corresponde cubrir a cada parte contratante; así como los requisitos documentales para reembolsos.

Entre las condiciones de los contratos están las siguientes:

- Igualdad y equidad entre las partes contratantes;
- Señalamiento de solución de controversias;
- Señalamiento de causales de terminación anticipada;
- Detalle de las exclusiones y no coberturas: no pueden constar como exclusiones condiciones médicas preexistentes determinadas y registradas unilateralmente por las compañías;

El plazo mínimo de vigencia de los contratos es de un año.

- Deberá estipularse precio.
- Está prohibido realizar incrementos unilaterales en el precio mientras transcurre el plazo estipulado.
- No podrá realizarse revisión o incremento del precio basándose en siniestralidad individual.
- Se prohíbe realizar incrementos en precios por causa de enfermedades crónicas o catastróficas sobrevinientes a la contratación.
- Está asimismo prohibido negar la renovación de los contratos por estas causas.
- Las compañías están obligadas a cubrir el financiamiento de toda emergencia médica en cualquier establecimiento de salud o, en caso de ser necesario, a través de servicios ambulatorios, hasta el monto de la cobertura contratada.

- Los asegurados deberán recibir prestaciones de prevención primaria con cargo a la tarifa contratada.
- Las compañías únicamente podrán dar por terminado unilateralmente un contrato por las causales establecidas. En caso de incumplimientos de las contraprestaciones económicas por tres meses consecutivos y previa notificación al titular, podrán suspender las coberturas, excepto la de emergencia médica.
- Las compañías no podrán negarse a celebrar un contrato o renovarlo por razón de enfermedades preexistentes, condiciones o estado actual de salud, sexo, identidad de género o edad.
- Se prohíbe también modificar las condiciones de los contratos para disminuir, restringir o eliminar la cobertura contratada, por el hecho de que los usuarios o asegurados cumplan o tengan determinada edad, siempre que dichos contratos posean una continuidad mínima previa de cinco años.
- En los contratos individuales se podrá establecer una carencia de 24 meses para preexistencias, sin embargo, después de esto deberán obligatoriamente estar cubiertos por un monto anual mínimo de 20 salarios básicos (7.320 para el 2016).
- En la presentación de quejas, reclamaciones y acciones judiciales, los usuarios, dependientes, afiliados, beneficiarios o asegurados, tendrán plena capacidad para ejercerlas, en defensa de sus propios y personales derechos.

Régimen sancionatorio:

- El incumplimiento o cometimiento infracciones administrativas, tanto sanitarias como societarias, será sancionada con multa o disolución y liquidación forzosa, según su grado.
- Entre las infracciones están:
 - No brindar al usuario información adecuada, veraz, clara, oportuna, completa y precisa acerca del alcance y los límites de las prestaciones ofertadas.
 - Establecer unilateralmente valores adicionales a los contratados.
 - Modificar unilateralmente las estipulaciones contractuales.

- Ofertar o comercializar planes no autorizados.
- No cubrir el financiamiento que sea necesario para la atención de emergencias médica

Reembolso a entidades públicas:

Deberán cancelar o reembolsar a la institución de la Red Pública Integral de Salud los montos o valores que por atenciones médicas en sus unidades se hayan efectuado a personas que también sean titulares o beneficiarias de seguro privado de salud o medicina prepagada hasta el monto de lo contratado.

En caso de que la prestación se haya efectuado en una institución privada, mediante derivación, deberán cancelar al establecimiento privado o reembolsar a la institución de la Red Pública Integral de salud los pagos efectuados.

Ajustes:

- Las compañías existentes deberán realizar todos los actos y contratos societarios indispensables para adaptar su estructura estatutaria y reglamentaria a la prevista en la Ley en un plazo máximo de un año.
- Tendrán además treinta días para remitir a la autoridad sanitaria nacional la información referida a notas técnicas, portafolio de clientes, cartera de servicios y la demás que les sea solicitada.
- Tendrán noventa días para realizar los ajustes contables para estructurar las reservas técnicas previstas y tres años para provisionar dichas reservas.

Para entender de mejor el comportamiento en estos últimos 3 años es necesario chequear los ingresos del año 2015 y como terminaron los ingresos del 2016, año que fue aprobada la Ley de Medicina Prepagada el 17 de octubre. Adicionalmente como fue el crecimiento en las ventas y comprobar el mismo porcentaje en el mercado desde años atrás.

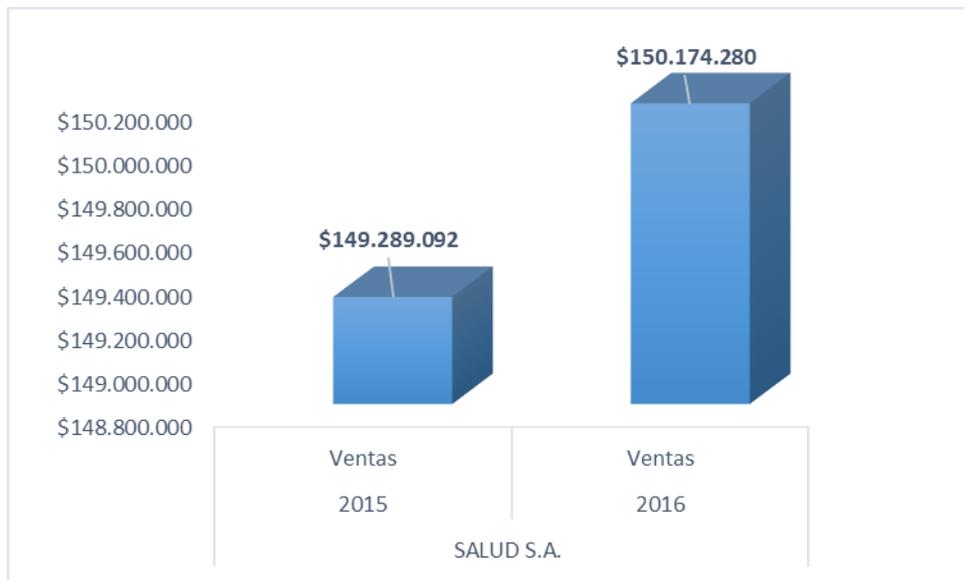
Tabla 1

Variación de ingresos entre el 2015 y 2016

SALUD S.A.					
2015		2016		Crecimiento en Ventas	Participación
Ventas	Utilidad	Ventas	Utilidad		
\$149.289.092	\$10.530.723	\$150.174.280	\$12.651.086	0.59%	35%

Fuente: Superintendencia de Valores y seguros

Elaborado por: Wilson Flores



Análisis comparativo

De acuerdo a la información presentada gráficamente, se considera que esta diferencia en los ingresos pudo ser mayor si es que Salud S.A. no decidía salir del segmento corporativo. Este incremento en las ventas del año 2016 comparado al 2015 se traduce en un incremento porcentual del 0,59 lo cual es muy bajo haciendo referencia a su participación en el mercado que va en aumento año a año.

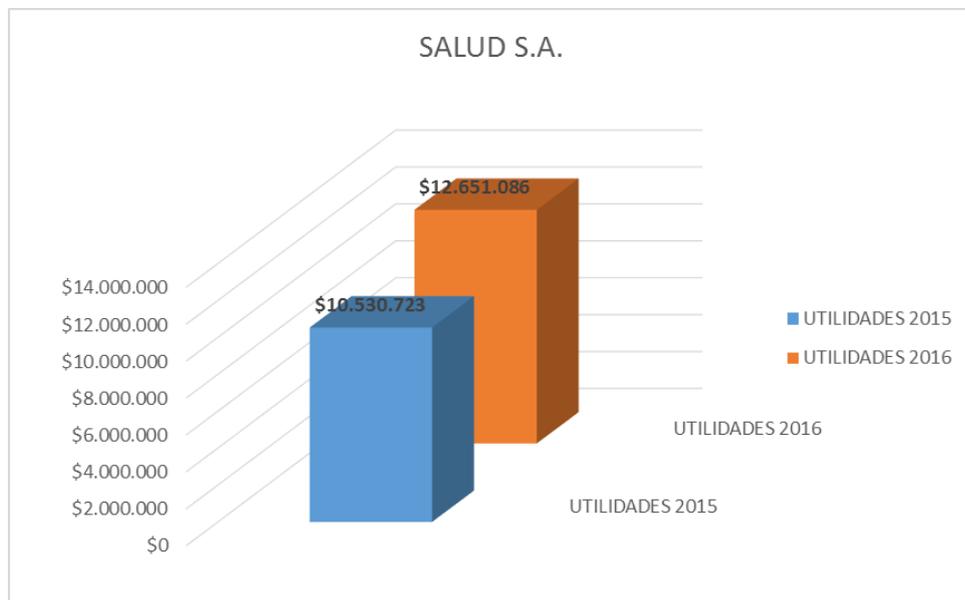
Tabla 2

Variación en la Utilidad del 2015 y 2016

SALUD S.A.		
2015	2016	
Utilidad	Utilidad	Crecimiento en Utilidades
\$ 10.530.723	\$12.651.086	20,14%

Fuente: Superintendencia de Valores y Seguros

Elaborado por: Wilson Flores



Análisis comparativo

En referencia a la información presentada existe un incremento del 20,14% en la utilidad del año 2016 en relación al año anterior, aunque fue un año complicado para Salud S.A. por las razones ya conocidas, la gestión comercial de los diferentes departamentos de ventas se ve reflejada de buena forma y ayudó a incrementar dicha utilidad.

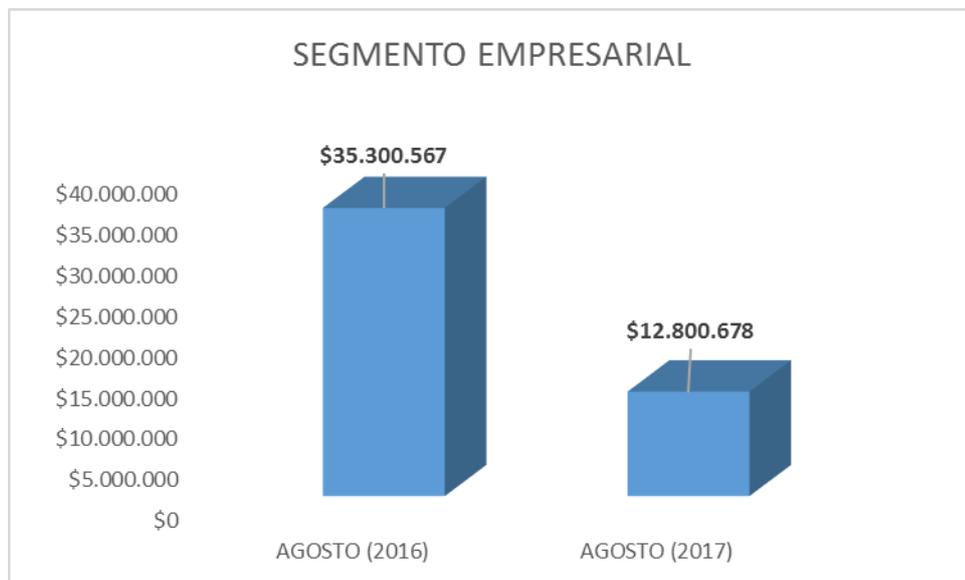
Tabla 3

Variación en los ingresos entre Agosto 2016 y Agosto 2017

SEGMENTO EMPRESARIAL		
	Agosto (2016)	Agosto (2017)
Ingresos	\$35.300.567	\$12.800.678

Fuente: Salud S.A.

Elaborado por: Wilson Flores



Análisis comparativo

En este gráfico es notable el impacto negativo que Salud S.A. experimentó al dejar el segmento corporativo, donde se ve reflejado en un decremento de los ingresos hasta agosto 2017 en relación a agosto 2016 de -64.74%, lo cual es preocupante para los intereses de la compañía que está en la obligación de afrontar este impacto. La cifra actual de \$12.800.678 por ingresos es lo que se ha generado al momento en el segmento empresarial.

La diferencia calculada entre los años en referencia es \$22.499.889 dólares, la cual se espera recuperar mediante sus respectivas estrategias comerciales que están poniendo marcha en el mercado.

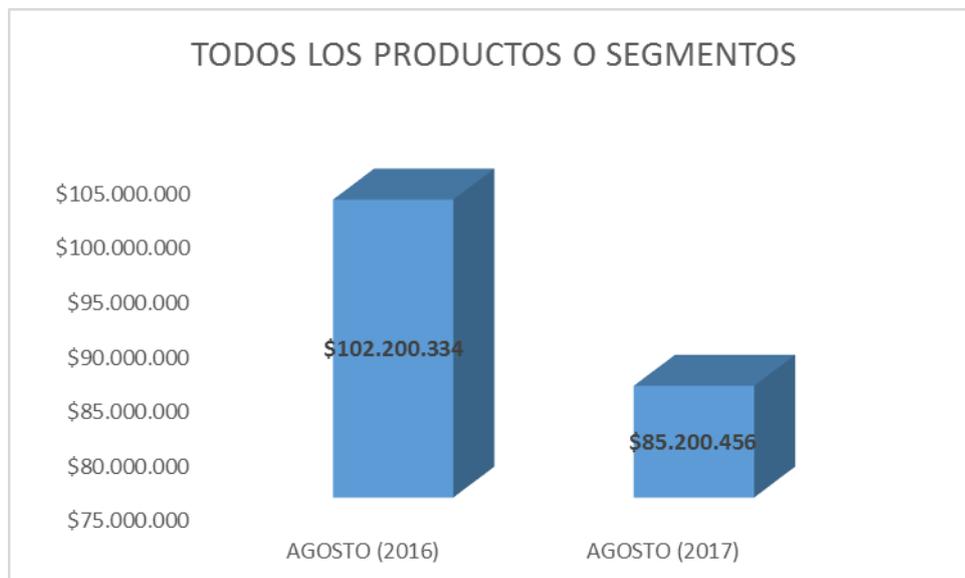
Tabla 4

Variación en los ingresos por cartera total entre Agosto 2016 y Agosto 2017

TODOS LOS PRODUCTOS O SEGMENTOS		
Ingresos	Agosto (2016)	Agosto (2017)
	\$102.200.334	\$85.200.456

Fuente: Salud S.A.

Elaborado por: Wilson Flores



Análisis comparativo

De acuerdo a estas cifras, se verifica que el impacto se dispersa un poco cuando se analiza a nivel de toda la cartera de productos, tomando un rol fundamental el producto individual que a lo largo de los años ha sido el producto estrella de la compañía, adicional el producto Oncocare, Respaldo Total, Clínica Universidad de Navarra quienes han ayudado a que el decremento entre agosto 2016 y 2017 se establezca en -16.63% siendo de igual forma un efecto negativo para la empresa que debe mejorar en los próximos meses.

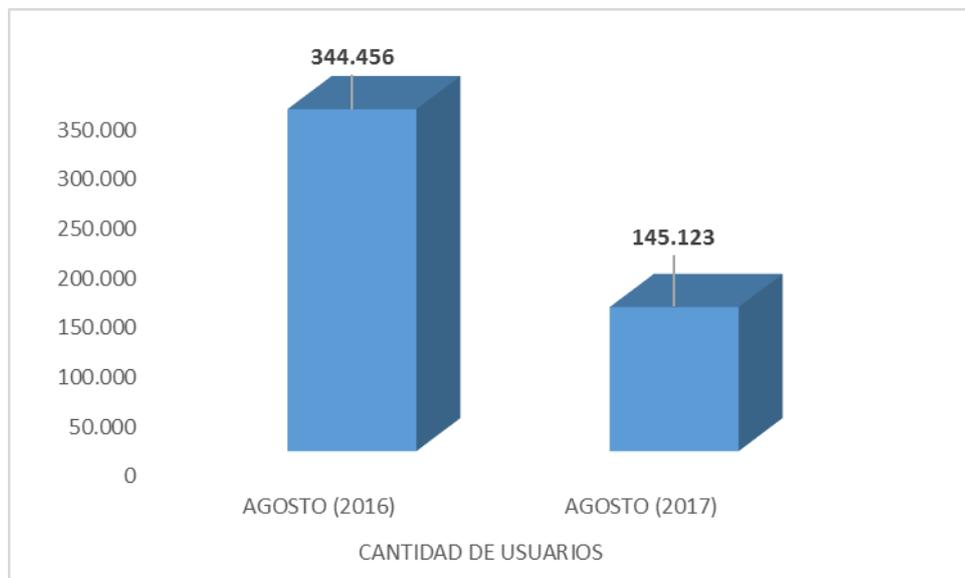
Tabla 5

Variación de cantidad de usuarios entre Agosto 2016 y Agosto 2017

CANTIDAD DE USUARIOS		
Agosto (2016)	Agosto (2017)	Diferencia %
344.456	145.123	-57.87%

Fuente: Salud S.A.

Elaborado por: Wilson Flores



Análisis comparativo

Como se puede observar, realmente es una cadena donde el número de usuarios afiliados tuvo un impacto fuerte donde habrá que trabajar mucho para recuperarlo. En el año 2016 para agosto la empresa mantenía 344.456 usuarios, luego de dejar el corporativo desde noviembre hasta agosto del presente año se ha reducido 57.87 %, más de la mitad de afiliados que ahora cuentan con otro seguro o quizás sin ninguna cobertura. Este impacto a futuro ciertamente mermará la participación en el mercado que se había logrado.

Tabla 6

Variación en la prima por usuario entre agosto 2016 y agosto 2017

TODOS LOS PRODUCTOS O SEGMENTOS		
	Agosto (2016)	Agosto (2017)
Ingresos	\$102.200.334	\$85.200.456
Usuarios	344.456	145.123
Prima por Usuario	\$296,70	\$587,09

Fuente: Salud S.A.

Elaborado: Wilson Flores

Análisis comparativo

Este análisis es muy importante porque se puede rescatar un poco los resultados obtenidos hasta agosto del 2017, es decir el año anterior en lo que iba hasta agosto en ingresos se distribuía para la cantidad de usuarios y teníamos una prima por usuario de \$ 296,70 por la razón de que el segmento corporativo daba un margen mínimo por usuario.

El segmento corporativo era masivo por lo que manejaba primas relativamente bajas, ahora para agosto del 2017 se tiene una prima por usuario de \$587,09 notablemente superior con una cantidad de usuarios inferior.

Significa que una de las estrategias a implementar es la captación agresiva de más afiliados ya sea en el producto individual, empresarial o en los demás productos. Las tarifas actuales que maneja Salud S.A. son superiores puesto que se modificaron a partir de la nueva ley como era de esperarse.

Tabla 7

Variación de cantidad de colaboradores entre marzo y agosto 2017

CANTIDAD DE EMPLEADOS A NIVEL NACIONAL		
Marzo (2017)	Junio (2017)	Agosto (2017)
480	456	414

Fuente: Salud S.A.

Elaborado por: Wilson Flores

Análisis comparativo

Como se puede observar en el cuadro, lamentablemente la cantidad de empleados tuvo una reducción considerable desde marzo del presente hasta la actualidad, que al mermar ingresos y utilidades a la compañía era imposible mantener el mismo personal; porque, si la cantidad de usuarios bajó se entiende que no se necesita la misma cantidad de colaboradores hasta que haya una mejora en ese aspecto.

Se debe recalcar también que esta decisión es parte de la difícil situación económica del año 2016 y del presente, diversas empresas de todos los sectores se vieron obligadas a reducir personal como medida de sostenibilidad en el tiempo.

3.3. ENTREVISTA

Eco. Jessica Roldos (Subgerente Negocios Empresariales – Salud S.A.)

1. ¿Qué opina usted acerca de la nueva Ley de medicina prepagada cuando ya casi se cumple un año desde su aprobación?

R: Es una ley que carece de equidad. El afiliado tiene el derecho de escoger si se atiende en la red privada o en la pública; pero, el IESS no debe transferir su obligación de cobertura a las compañías privadas, en perjuicio del propio afiliado.

2. ¿Cuál piensa usted, que fue la razón para que el Ejecutivo haya enviado a la Asamblea esta nueva disposición para su aprobación?

R: Porque necesitan dinero para solventar al IESS.

3. Si bien es cierto los beneficiados son los clientes por la inclusión de nuevas coberturas. ¿Cómo cree usted que tomaron esta nueva regulación las empresas que brindan servicios de asistencia médica?

R: En general mal, ya que terminará encareciendo el producto, y las compañías no tendrán el presupuesto necesario para contratarlo.

4. ¿Piensa usted que esta nueva ley se elaboró para mejorar la situación del IESS, específicamente por el reembolso que deben hacer las aseguradoras?

R: Sí, la situación del IESS está complicada desde hace tiempo.

5. En el caso de Salud S.A. ¿Cree usted que la decisión de dejar el segmento corporativo fue la mejor?

R: Esta fue la decisión de la compañía que no podía poner en riesgo su permanencia en el tiempo, por efectos de la nueva ley. El tiempo determinará si fue la mejor decisión o no.

6. Siendo Salud S.A. la empresa líder con mayor participación en el mercado. ¿Cómo se prepara o que está haciendo para afrontar estos efectos negativos producto de esta nueva regulación?

R: Se rediseñó el producto empresarial para recuperar el mercado que lamentablemente tuvimos que dejar. El enfoque ya no es el mismo y la compañía está trabajando para fortalecer el producto individual adicional a coberturas internacionales.

7. Finalmente ¿Cuál es su perspectiva del mercado actual con los productos rediseñados que están ofreciendo al segmento empresas?

Es parte de la reorientación del negocio cuyo objetivo son los clientes que prefieren y escogen la atención privada.

El pensamiento en general es el mismo de quienes ven a esta ley como una afectación al sector, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) tratando de cubrir sus falencias económicas con recursos del sector privado. Salud S.A., la primera y única empresa en tomar decisiones para no correr riesgos a futuro. La sostenibilidad en el tiempo como preocupación más importante y el compromiso con los clientes dando la opción para ofrecer sus nuevos productos con los ajustes necesarios.

4. PROPUESTA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Objetivo de la propuesta

El objetivo de la siguiente propuesta es brindar una alternativa comercial para recuperar ese mercado empresarial que la empresa Salud S.A. decidió dejar de brindarles el servicio por razones ajenas a su voluntad, una propuesta que sirva para abarcar una mayor cantidad de afiliados, la cual de acuerdo al análisis de resultados se vio afectada y ha disminuido notablemente.

Así mismo, se considera y se espera que con la siguiente propuesta los ingresos al final del año 2017 y en los próximos, mejoren significativamente para el bienestar propio de la compañía y colaboradores de Salud S.A.

Justificación de la propuesta

Se proponen estas diferentes estrategias para lograr recuperar el mercado o la cantidad de usuarios que Salud S.A. decidió cancelar el contrato corporativo mediante la comercialización de nuevos productos ya rediseñados bajo nuevas condiciones que la ley exige.

Estas estrategias permitirán incrementar los ingresos para lo que resta del 2017 y los próximos años. Con esta propuesta se busca responder a las necesidades de la compañía en temas de ingresos y cantidad de usuarios.

En el producto individual

Siendo el producto principal de la compañía en la actualidad solo se necesita mayor impulso a la fuerza de ventas para sobre cumplir los presupuestos asignados mensualmente en las distintas salas.

El producto individual Salud S.A. gracias al trabajo de todos estos años está posicionado en el mercado como un producto competitivo y con muchos beneficios exclusivos para los afiliados.

Producto Individual por canal bróker

En los años anteriores las ventas por el canal bróker no tenían ningún presupuesto asignado porque el mayor peso se lo llevaba el producto corporativo, incluso los coordinadores de bróker no recibían comisiones por este producto.

En base a eso se propone mayor impulso a la venta del producto individual por el canal bróker asignando un presupuesto mensual para cada bróker que maneje Salud S.A.

Es decir, ofrecer un producto individual para aquellas compañías que se quedaron sin el producto corporativo como una opción de cobertura o a personas naturales que necesiten de asistencia médica privada en los casos que la empresa donde laboran no pueda brindarles el beneficio de un seguro privado.

Esta gestión debe ser recompensada con un presupuesto de comisiones mensuales, normalmente para los canales bróker.

Esta estrategia servirá de mucho para complementar el trabajo que realiza el departamento comercial y a su vez generará más ingresos a la compañía por una vía que antes no era tan explotada.

En el producto Oncocare

En el departamento Oncocare se manejan presupuestos de bajo costo, puesto que ahora es cuando realmente se está creando conciencia de la enfermedad y las consecuencias que pueden sufrir las personas al no estar cubiertas; lo que ocasionaría consecuencias económicas difíciles de solventar.

Se propone un trabajo más minucioso y buscar alianzas estratégicas con fundaciones que ayudan a pacientes con cáncer, dichas alianzas permitirán participar en eventos solidarios, donde la fuerza de ventas pueda ofrecer su producto y beneficios a las personas que aún no padecen la enfermedad.

De esta forma se cubriría un mercado que es tan complicado explotar, porque lamentablemente las personas aún no tienen cultura de seguro, mucho menos en una enfermedad catastrófica como el cáncer. Con esta estrategia en el segmento Oncocare se busca aportar a los ingresos de la compañía en el futuro.

En el producto Empresarial

Para el departamento Empresarial el desafío es más fuerte, a raíz de la decisión de salir del segmento corporativo se rediseño el producto llamándolo ahora Pool Empresarial, Pool Voluntario, Grupal Empresarial y Grupal Voluntario.

Este producto está diseñado y actualizado con todas las reformas que pide la nueva ley, se incluyó las nuevas coberturas lógicamente bajo condiciones establecidas y aprobadas por el Ministerio de Salud Pública quien es el ente regulador junto con el Ejecutivo.

Se propone cambiar el enfoque del producto empresarial, las empresas grandes con sus grupos operarios numerosos ya no es el objetivo por las razones mencionadas en este estudio.

Ahora el enfoque debe ser las pequeñas y medianas empresas; es decir, empresas entre 5 y 100 colaboradores, donde se pueda comercializar a la clase ejecutiva que tiene una mayor capacidad económica y también a la clase gerencial. Los precios no son los mismos, antes en el corporativo se manejaban primas bajas, ahora con la nueva reforma se modificaron los precios que van desde \$40 por un titular solo.

Se propone una mayor capacitación al personal de ventas en este departamento para evitar la rotación continua, contratar personal con experiencia en el sector empresarial que pueda manejar el producto con su constancia, puesto que el producto empresarial no se cierra de un día para otro, se necesita constante seguimiento para lograr los resultados propuestos.

Breve presentación del Producto Empresarial.

Nuestros productos



	Pool Voluntario	Pool Empresarial	Grupal Voluntario	Grupal Elegible
Contrante	Empresas constituidas en el Ecuador Personas naturales con RUC			
Número de colaboradores	Mínimo 5 Máximo 100	<ul style="list-style-type: none"> Mínimo 5 y 80% de colaboradores de la empresa Máximo 100 Aplica clase elegible previa aprobación mínimo 15 personas 	Mínimo 5 Máximo 100	Mínimo 5 y 70% de la clase elegible
Edad máxima afiliación	No aplica límite edad			
Relación laboral	Colaborador bajo relación de dependencia permanente			
Facturación	Factura a nombre de la empresa			

Descuento por volumen de empleados



Descuento por volumen de afiliación de colaboradores	Pool Voluntario	Pool Empresarial	Grupal Voluntario	Grupal Elegible
	# Empleados afiliados	Descuento	# Empleados afiliados	Descuento
%	Más de 20	5%	De 5 a 9	0%
			De 10 a 24	10%
			De 25 a 49	15%
			Más de 49	20%

Renovación



	Pool Voluntario	Pool Empresaria	Grupal Voluntario	Grupal Elegible
Plazo del contrato	12 meses			
Esquema de renovación	Mutuo acuerdo entre las partes			
Incremento de precios	Incremento de precio por inflación en costos médicos Análisis de siniestralidad por portafolio Saludsá (no se incrementa precio en base a la siniestralidad de la empresa)		Cambio de precio por rango de edad e inflación en costos médicos Análisis de siniestralidad por portafolio Saludsá (no se incrementa precio en base a la siniestralidad de la empresa)	
Convertibilidad a planes INDIVIDUAL			El colaborador puede dar continuidad de cobertura sin carencias	

Productos Costa



		Pool Voluntario			Pool Empresarial		
		Cobertura	Nivel	Tarifa	Cobertura	Nivel	Tarifa
Productos	\$ 7,000	3	45,69	\$ 6,000	3	42,51	
	\$13,000	4	70,60	\$10,000	5	55,31	
	\$25,000	5	95,38	\$25,000	7	73,56	
	\$40,000	7	151,46	\$100,000	7	82,37	
		Grupal Voluntario y Elegible			\$200,000	7	92,95
		Cobertura	Nivel	Tarifa	\$500,000	7	102,36
Productos	\$ 10,000	3	Por edad y sexo				
	\$15,000	4					
	\$25,000	5					
	\$50,000	7					

Se propone la participación en ferias empresariales para la búsqueda de nuevos prospectos y empresas potenciales para su respectiva gestión. Esta estrategia es muy útil para dar a conocer el nuevo producto a gerentes, ejecutivos o empresarios que actualmente tienen el pensamiento de Salud S.A. no maneja ningún producto empresarial a raíz de la salida del corporativo.

Se propone la comercialización del producto empresarial haciendo mucho énfasis en los servicios, al no ser tan económico se debe fortalecer con el ofrecimiento de los servicios recalcando la amplia plataforma de utilización al usuario. Existen otras empresas aseguradoras que complican el uso al afiliado, Salud S.A. ha desarrollado ciertas herramientas con el propósito de que éste utilice su seguro por todos los medios posibles.

Entre los servicios más destacados del producto Empresarial se mencionan los siguientes:

- Cero Trámites
- Saludsa Home Care
- Video Consulta Médica
- Red de Prestadores en Convenio
- Oda Express

- Libre Elección
- Salud Dental Básico
- Exequial
- Saludsa Travel
- Reembolso Fácil
- Central de Atención 24/7

En el producto Experience

Este producto salió al mercado recientemente con el objetivo de competir con otras aseguradoras internacionales, al ser relativamente nuevo se está trabajando mucho en poder captar ese mercado donde el target es demasiado alto.

Se propone utilizar un enfoque diferente, abarcar un mercado donde el usuario tenga un target medio alto, que actualmente tenga un seguro internacional con otra compañía ofreciendo el producto Salud S.A. Es posible que todo ese mercado que tiene un seguro privado internacional siempre esté en la búsqueda de lo mejor, de productos que pueda satisfacer sus necesidades a gran escala.

Un breve resumen del producto Experience:

- Mayor cobertura local
- Combinado con la red internacional más grande del mundo.
- Una experiencia de servicio nunca antes vista.
- Cobertura para Ecuador y Estados Unidos, desde 1 hasta 3 millones de dólares.
- Cobertura Ilimitada en la Clínica Universidad de Navarra.
- Deducible local entre \$200 y \$5000 dólares.
- Deducible internacional de \$ 5000 año/persona.

5. CONCLUSIONES

- Se estableció las bases teóricas, legales y técnicas referentes a conceptos que están involucrados en la medicina prepagada junto con el concepto de estrategias comerciales y otros factores que intervinieron en la propuesta a este estudio de caso.
- Se diagnosticó la situación actual de la empresa Salud S.A. con respecto al impacto que sufrió luego de la aprobación de la nueva Ley de Medicina Prepagada, analizando todos los efectos negativos a nivel de usuarios e ingresos monetarios.
- Se elaboró diversas propuestas para cada uno de los segmentos de mercado englobando todos los productos, principalmente el empresarial con el objetivo de recuperar ese mercado que debido a la nueva Ley de Medicina Prepagada si vio obligado a cancelar sus servicios.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Archieve, A. (2014). *Pontificia Universidad del Ecuador*. Obtenido de Pontificia Universidad del Ecuador: <http://puceae.puce.edu.ec/efi/index.php/economia-internacional/14-competitividad/217-para-entender-ampliamente-el-concepto-de-estrategias-comerciales-es-importante-desglosarlo>
- Constitución de la República del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Constitución de la República del Ecuador, Quito.
- CreceNegocios. (12 de 01 de 2013). *CreceNegocios*. Obtenido de CreceNegocios: <https://www.crecenegocios.com/definicion-de-rentabilidad/>
- Economipedia. (13 de 10 de 2016). *Economipedia*. Obtenido de Economipedia: <http://economipedia.com/definiciones/rentabilidad.html>
- Ekos Empresarial. (04 de 07 de 2013). Medicina Prepagada del Ecuador. *Ekos*, 204. Recuperado el 25 de 09 de 2017
- Galán, A. (10 de 12 de 2012). *Metodología de la Investigación*. (M. G. Amador, Editor, & M. G. Amador, Productor) Recuperado el 25 de 07 de 2017, de Metodología de la Investigación: http://manuelgalan.blogspot.com/2009_05_24_archive.html
- Hernandez Sampieri, R. (2004). *Método Comparativo*. Monterrey. Recuperado el 7 de 10 de 2017, de <http://eprints.uanl.mx/9802/1/Estudio%20Comparado.pdf>
- Instituto Técnico Latino Insurance. (12 de 05 de 2012). <http://www.latinoinurance.com/>. Obtenido de <http://www.latinoinurance.com/>: <http://www.latinoinurance.com/>
- Jackeline Wigodski. (2010). Metodología de la Investigación.
- Metodología de Investigación. (2016). *Metodología de Investigación*. Universidad Tecnológica Ecotec. Guayaquil: Metodología de Investigación.
- Perez Bustamante & Ponce. (13 de 10 de 2016). *Perez Bustamante & Ponce*. Obtenido de Perez Bustamante & Ponce: <http://www.pbplaw.com/ley-medicina-prepagada-seguros-asistencia-medica/>
- Registro Oficial Órgano del Gobierno del Ecuador. (2016). *LEY ORGANICA QUE REGULA A LAS COMPAÑIAS QUE FINANCIEN SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PREPAGADA Y A ALS DE SEGUROS QUE OFERTEN COBERTURA DE SEGUROS DE ASISTENCIA MÉDICA*. Guayaquil. Recuperado el 10 de 10 de 2017
- Registro Oficial Órgano del Gobierno del Ecuador. (2016). *Registro Oficial Órgano del Gobierno del Ecuador*. Asamblea Nacional del Ecuador, Quito. Recuperado el 09 de 09 de 2017
- Salud S.A. (2017). Anexo 4 Contrato Empresarial. En S. S.A., *Contrato de Prestación de Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada* (pág. 42). Guayaquil.
- San Martín, H. E. (22 de 03 de 2016). *Diario El Comercio*. (H. E. Jordán, Editor, & H. E. Jordán, Productor) Obtenido de Diario El Comercio: <http://www.elcomercio.com/cartas/cartas-direccion-medicina-prepagada-iess.html>

Torres, A. (11 de 06 de 2013). *Eumed.net Enciclopedia Virtual*. (A. Torres, Editor, & A. Torres, Productor) Obtenido de Eumed.net Enciclopedia Virtual: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2011c/981/concepto%20de%20rentabilidad.html>

Ucha, F. (28 de 04 de 2015). *Definición ABC - Gestión Comercial*. (F. Ucha, Editor, & F. Ucha, Productor) Obtenido de Definición ABC - Gestión Comercial: <https://www.definicionabc.com/general/rediseno.php>

7. ANEXOS

Contrato Tipo
Plan Empresarial
Contrato de Prestación de Servicios de
Atención Integral de Salud Prepagada
Saludsa Sistema de Medicina Prepagada

Anexo No.2
Financiamiento/Cobertura de
Prestaciones Médicas
Pool Empresarial

Prestaciones Médicas/Sanitarias Financieras		Prestadores de Servicios de Salud			Financiamiento/Coberturas						
		RED SALUDSA	PRESTADORES DE SALUD PREPAGADA	RED SALUDSA CARE	PRODUCTO						
					\$ 6.000	\$ 10.000	\$ 25.000	\$ 100.000	\$ 200.000	\$ 500.000	
Monto máximo, deducible, límites y tarifarios	Monto Máximo de Cobertura Anual por enfermedad				\$ 6.000	\$ 10.000	\$ 25.000	\$ 100.000	\$ 200.000	\$ 500.000	
	Deducible Anual Nacional				\$ 60	\$ 80	\$ 110	\$ 150	\$ 150	\$ 150	
	Período de enfermedad				365	365	365	365	365	365	
	Límite Coparticipación por enfermedad				No Aplica	No Aplica	\$ 5.000	\$ 5.000	\$ 5.000	\$ 5.000	
Aplica a Tarifarios por Procedimientos para planes Pool					Nivel 5	Nivel 5	Nivel 7	Nivel 7	Nivel 7	Nivel 7	
Monto Máximo de Cobertura Anual Internacional Clínica Universidad de Navarra (Anexo II). Aplica si se contrata tarifa Internacional.					No Aplica	No Aplica	ILIMITADO	ILIMITADO	ILIMITADO	ILIMITADO	
Deducible Anual Internacional por enfermedad.					No Aplica	No Aplica	\$ 5.000	\$ 5.000	\$ 5.000	\$ 5.000	
Hospitalarias	Atención hospitalaria, ambulancia por transferencia o movilización entre establecimientos sanitarios, servicios hospitalarios, visita médica, cuidados enfermería, interconsultas médicas, laboratorio clínico y anatomopatológico, imagen, Medicamentos intra-hospitalarios, insumos y dispositivos médicos, rehabilitación intra-hospitalaria, apoyo psicológico durante la estancia intra-hospitalaria. Financiamiento hospitalario de enfermedades congénitas, genéticas, hereditarias, crónicas, catastróficas, sobrevivientes a la fecha de inicio de vigencia del producto (aplica monto y período de carencia en caso de corresponder a una preexistencia declarada)	✓	✓		80% Afiliados y Libre Elección 80% Cuadro Direccional Hospituario establecido en este anexo	80% Afiliados y Libre Elección 90% Cuadro Direccional Hospituario establecido en este anexo	80% Afiliados y Libre Elección 90% Cuadro Direccional Hospituario establecido en este anexo	80% Afiliados y Libre Elección 100% Cuadro Direccional Hospituario establecido en este anexo	80% Afiliados y Libre Elección 100% Cuadro Direccional Hospituario establecido en este anexo	80% Afiliados y Libre Elección 100% Cuadro Direccional Hospituario establecido en este anexo	
	Cuarto y alimento diario hasta	✓	✓		Hasta \$100	Hasta \$130	Hasta \$170	Hasta \$200	Hasta \$220	Hasta \$250	
	Terapia intensiva sin límite de días y Honorarios Médicos	✓	✓		80%	80%	80%	80%	90%	90%	
Por Traqueotomía	Financiamiento de traqueotomía no experimental, pretraqueotomía, posttraqueotomía para paciente por año (incluye consultas médicas de especialidad, laboratorio, imagen, Medicamentos, procedimientos, cuarto y alimento, servicios y atención hospitalaria general, visita médica, cuidados de enfermería, interconsultas, cuidados intensivos, insumos y dispositivos médicos, Honorarios Médicos, rehabilitación física y complicaciones médicas resultantes)	✓	✓		Ambulatorio 80%, Hospituario 80% 90% según Prestador hasta \$4.000	Ambulatorio 80%, Hospituario 80% 90% según Prestador hasta \$8.000	Ambulatorio 80%, Hospituario 80% 90% según Prestador hasta \$20.000	Ambulatorio 80%, Hospituario 80% 100% según Prestador hasta \$30.000	Ambulatorio 80%, Hospituario 80% 100% según Prestador hasta \$40.000	Ambulatorio 80%, Hospituario 80% 100% según Prestador hasta \$140.000	
	Financiamiento de traqueotomía no experimental de donante vivo, pretraqueotomía, posttraqueotomía para donante por año (incluye consultas médicas, laboratorio, imagen, Medicamentos, procedimientos, cuarto y alimento, servicios hospitalarios, visita médica, cuidados de enfermería, interconsultas, cuidados intensivos, insumos y dispositivos médicos, Honorarios Médicos, rehabilitación física a excepción de complicaciones médicas resultantes)	✓	✓		Ambulatorio 80%, Hospituario 80% 90% según Prestador hasta \$2.000	Ambulatorio 80%, Hospituario 80% 90% según Prestador hasta \$2.000	Ambulatorio 80%, Hospituario 80% 90% según Prestador hasta \$2.000	Ambulatorio 80%, Hospituario 80% 100% según Prestador hasta \$5.000	Ambulatorio 80%, Hospituario 80% 100% según Prestador hasta \$5.000	Ambulatorio 80%, Hospituario 80% 100% según Prestador hasta \$5.000	

Prestaciones Médicas/Sanitarias Financieras		Prestadores de Servicios de Salud			PRODUCTO						
		RED SALUDSA	PRESTADORES DE SALUD PREPAGADA	RED SALUDSA CARE	\$ 6.000	\$ 10.000	\$ 25.000	\$ 100.000	\$ 200.000	\$ 500.000	
Ambulatoria	Financiamiento Ambulatorio: Consulta Médica, Laboratorio Clínico, Imagen, Procedimientos menores, Terapias. Hospital del día: servicios hospitalarios, cuidados enfermería, interconsultas médicas, laboratorio clínico y anatomopatológico, imagen, medicamentos, insumos y dispositivos médicos, honorarios médicos. Financiamiento Ambulatorio de Enfermedades Congénitas, Genéticas, Hereditarias, Crónicas, Catastróficas, sobrevivientes a la fecha de inicio de vigencia del producto (aplica monto y período de carencia en caso de corresponder a una preexistencia declarada). Estudios anatomopatológicos, Genéticos y para enfermedades Congénitas para confirmar un diagnóstico. Urgencia Médica (incluye consulta, procedimientos menores, Medicamentos necesarios, exámenes de laboratorio clínico e imagen).	✓	✓		80%	80%	80%	80%	80%	80%	
	Medicamentos Ambulatorios Afiliados	✓	✓		80%	80%	80%	80%	80%	80%	
	Medicamentos Ambulatorios Libre Elección	✓	✓		40%	40%	40%	40%	40%	40%	
	Emergencia Médica (incluye la atención prehospitalaria, todo el equipamiento, insumos, Medicamentos necesarios, exámenes de laboratorio clínico e imagen y procedimientos)	✓	✓		80%	80%	80%	80%	80%	80%	
	Monto máximo por consulta médica ambulatoria	✓	✓		\$ 25,62	\$ 40,00	\$ 62,49	\$ 62,49	Contratos Guayaquil \$80 Contratos Quito y Resto del País \$62,49	Contratos Guayaquil \$80 Contratos Quito y Resto del País \$62,49	
	Terapias (rehabilitación física, respiratoria y de lenguaje) por año por Usuario	✓	✓		30 sesiones	30 sesiones					
	Consultas para Homeopatía, Acupuntura y Quiropraxia por año	✓	✓		20 consultas	20 consultas					
	Financiamiento de Enfermedades Psiquiátricas de Base Orgánica y psicológicas por año (aplica únicamente para consultas)	✓	✓		No Aplica	No Aplica	No Aplica	80% hasta \$90	80% hasta \$90	80% hasta \$90	
	Asesoría nutricional por año	✓	✓		No Aplica	No Aplica	No Aplica	80% hasta \$50	80% hasta \$50	80% hasta \$50	
	Ambulancia terrestre nacional por año	✓	✓		100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	Ambulancia aérea y fluvial nacional por año	✓	✓		80% hasta \$ 3.750	80% hasta \$ 3.750					
Tratamiento de sustitución de la función renal: Atención Ambulatoria en prestaciones habilitadas para pacientes con insuficiencia renal crónica terminal mediante diálisis peritoneal o hemodialisis (aplica monto y período de Carencia en caso de preexistencia).	✓	✓		80%	80%	80%	80%	80%	80%		

Prestaciones Médicas/Sanitarias Financieras		RED SALUDIA	RED SALUDIA NO AFILIADOS	RED SALUDIA CORE	PRODUCTO					
					\$ 6.000	\$ 10.000	\$ 25.000	\$ 100.000	\$ 200.000	\$ 500.000
Prestaciones Declaradas	Financiamiento Preventivas declaradas Anual a partir del mes 4 contados a partir de la suscripción del Usuario en el producto (preventivas odontológicas graves a partir del mes 13 de la suscripción)	✓	✓	✓	Ambulatorio 80%, Hospitalario 80% desde \$ 0 hasta \$1.000 en común acuerdo entre las partes	Ambulatorio 80%, Hospitalario 80% desde \$ 0 hasta \$3.000 en común acuerdo entre las partes	Ambulatorio 80%, Hospitalario 80% desde \$ 0 hasta \$4.000 en común acuerdo entre las partes	Ambulatorio 80%, Hospitalario 80% desde \$ 0 hasta \$6.000 en común acuerdo entre las partes	Ambulatorio 80%, Hospitalario 80% desde \$ 0 hasta \$7.000 en común acuerdo entre las partes	Ambulatorio 80%, Hospitalario 80% desde \$ 0 hasta \$8.000 en común acuerdo entre las partes
	Examen clínico y diagnóstico, Rayos X (Periapicales), fase hígnea (Profila), consulta con especialista, urgencias	✓	✓	✓	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Financiamiento Prestación Odontológica para Afiliado y Beneficiarios	Resina simple (1 superficial), resina compuesta (2 superficiales), resina compleja (3 o más superficiales), extracciones simples	✓	✓	✓	70%	70%	70%	70%	70%	70%
	Emergencia Médica en caso de mora (incluye todo el equipamiento, insumos y Medicamentos necesarios) hasta la estabilización ambulatoria del paciente	✓	✓	✓	80% hasta \$500	80% hasta \$500	80% hasta \$500	80% hasta \$500	80% hasta \$500	80% hasta \$500
Condiciones Especiales de Financiamiento	Emergencia Médica de Preexistencias en periodo de Carencia (incluye todo el equipamiento, insumos y Medicamentos necesarios)	✓	✓	✓	80% hasta \$500	80% hasta \$500	80% hasta \$500	80% hasta \$500	80% hasta \$500	80% hasta \$500
	Monto Máximo por Conjunto de Prestaciones/monto maternidad Hospitalario y Ambulatorio (incluye atención prenatal, natal y post natal) para maternidades de curso normal, maternidades complicadas y emergencias obstétricas	✓	✓	✓	Hasta \$ 700	Hasta \$ 1.500	Hasta \$ 2.200	Hasta \$ 3.500	Hasta \$ 3.700	Hasta \$ 3.700
Maternidad	Financiamiento hospitalario para parto, cesárea, embarazo ectópico y aborto no provocado, así como los servicios de neonatología de acuerdo al monto total de maternidad	✓	✓	✓	80% hasta Monto Maternidad	80% hasta Monto Maternidad	80% hasta Monto Maternidad			
	Financiamiento ambulatorio de acuerdo al monto total de maternidad (incluye controles prenatales)	✓	✓	✓	80% hasta Monto Maternidad	80% hasta Monto Maternidad	80% hasta Monto Maternidad			
Complicaciones maternas después del parto y alumbramiento (incluye en caso necesario uso de servicio de cuidados intensivos)	Vitaminas y vacunas maternas (incluidos en el monto de maternidad)	✓	✓	✓	80% hasta \$1.000	80% hasta \$1.000	80% hasta \$1.000	80% hasta \$1.500	80% hasta \$1.500	80% hasta \$1.500
	Consultas odontológicas	✓	✓	✓	80% hasta \$100	80% hasta \$100	80% hasta \$100	80% hasta \$100	80% hasta \$100	80% hasta \$100
Recién Nacido	Atención integral o complicaciones del recién nacido a término, pretérmino o postérmino, atención perinatal (en caso de contar con la tarifa que cubre al recién nacido y haya sido reportado hasta la semana 28 de gestación)	✓	✓	✓	Ambulatorio 80%, Hospitalario 80% 90% según Prestador, hasta el monto máximo del producto contratado para el neonato	Ambulatorio 80%, Hospitalario 80% 90% según Prestador, hasta el monto máximo del producto contratado para el neonato	Ambulatorio 80%, Hospitalario 80% 90% según Prestador, hasta el monto máximo del producto contratado para el neonato	Ambulatorio 80%, Hospitalario 80% 100% según Prestador, hasta el monto máximo del producto contratado para el neonato	Ambulatorio 80%, Hospitalario 80% 100% según Prestador, hasta el monto máximo del producto contratado para el neonato	Ambulatorio 80%, Hospitalario 80% 100% según Prestador, hasta el monto máximo del producto contratado para el neonato
	Complicaciones del recién nacido a término, pretérmino o postérmino, atención perinatal (en caso de no contar con la tarifa que cubre al recién nacido) hasta el día 28 de su nacimiento.	✓	✓	✓	80% 90% según Prestador, hasta \$1.000	Hospitalario 80% 90% según Prestador, hasta \$1.000	Hospitalario 80% 90% según Prestador, hasta \$1.000	Hospitalario 80% 100% según Prestador, hasta \$3.000	Hospitalario 80% 100% según Prestador, hasta \$3.000	Hospitalario 80% 100% según Prestador, hasta \$3.000
Otros coberturas	Control niño sano desde el nacimiento hasta los dos años (en caso de ser Usuario), incluye vacunas aprobadas por el MSP	✓	✓	✓	Una consulta mensual hasta los 24 meses	Una consulta mensual hasta los 24 meses	Una consulta mensual hasta los 24 meses			
	Monto Máximo del Conjunto de Prestaciones por prótesis, implante endovascular e implantes no dentales, hasta (no incluye prótesis de titanio, ni aparatos ortopédicos)	✓	✓	✓	Ambulatorio 80%, Hospitalario 80% hasta el monto de plan contratado	Ambulatorio 80%, Hospitalario 80% hasta el monto de plan contratado	Ambulatorio 80%, Hospitalario 80% hasta el monto de plan contratado	Ambulatorio 80%, Hospitalario 80% hasta \$25.000	Ambulatorio 80%, Hospitalario 80% hasta \$25.000	Ambulatorio 80%, Hospitalario 80% hasta \$25.000
Otros coberturas	Cuidados paliativos domiciliarios / Hospitalarios por año hasta (incluye visitas médicas, cuidados de enfermería, Medicamentos, terapia respiratoria y terapia del dolor por un periodo de 15 días)	✓	✓	✓	Ambulatorio 80%, Hospitalario 80% 90% según Prestador, hasta \$1.000	Ambulatorio 80%, Hospitalario 80% 90% según Prestador, hasta \$1.000	Ambulatorio 80%, Hospitalario 80% 90% según Prestador, hasta \$1.000	Ambulatorio 80%, Hospitalario 80% 100% según Prestador, hasta \$1.000	Ambulatorio 80%, Hospitalario 80% 100% según Prestador, hasta \$1.000	Ambulatorio 80%, Hospitalario 80% 100% según Prestador, hasta \$1.000
	Extracción de terceros molares para el Afiliado y sus Beneficiarios	✓	✓	✓	Hasta \$ 60 por cada molar al 100%	Hasta \$ 60 por cada molar al 100%	Hasta \$ 60 por cada molar al 100%	Hasta \$ 60 por cada molar al 100%	Hasta \$ 60 por cada molar al 100%	Hasta \$ 60 por cada molar al 100%

Otras coberturas		RED SALUDIA	RED SALUDIA NO AFILIADOS	RED SALUDIA CORE	PRODUCTO					
					\$ 6.000	\$ 10.000	\$ 25.000	\$ 100.000	\$ 200.000	\$ 500.000
Otras coberturas	Cobertura de leche medicada, para Beneficiarios menores de 12 años de edad cumplidos, siempre y cuando sea médicamente necesario para el tratamiento de intolerancia a la lactosa.	✓	✓	✓	80% hasta \$ 300	80% hasta \$ 300	80% hasta \$ 300	80% hasta \$ 600	80% hasta \$ 600	80% hasta \$ 600
	Discapacidades	Financiamiento anual de discapacidad (20 salarios básicos unificados) amparados en una acreditación del 40% de su condición según la Ley y Normativa vigentes	✓	✓	✓	Ambulatorio 80%, Hospitalario 80% 90% según Prestador, hasta 20 salarios básicos unificados	Ambulatorio 80%, Hospitalario 80% 90% según Prestador, hasta 20 salarios básicos unificados	Ambulatorio 80%, Hospitalario 80% 90% según Prestador, hasta 20 salarios básicos unificados	Ambulatorio 80%, Hospitalario 80% 100% según Prestador, hasta 20 salarios básicos unificados	Ambulatorio 80%, Hospitalario 80% 100% según Prestador, hasta 20 salarios básicos unificados
Otros Beneficios	Cristales ópticos	✓	✓	✓	80% hasta \$20	80% hasta \$30	80% hasta \$30	80% hasta \$30	80% hasta \$30	80% hasta \$30
	Salidas Travel, asistencia médica para viajes al exterior por placer o negocios (sin deducible por viaje)	✓	✓	✓	Aplica para Afiliado \$25.000	Aplica para Afiliado \$25.000	Aplica para Afiliado \$25.000	Aplica para Afiliado \$25.000	Aplica para Afiliado \$25.000	Aplica para Afiliado y Beneficiarios \$50.000
Otros Beneficios	Servicios Equiales para Afiliados y Beneficiarios (Servicio ofrecido por un prestador afiliado)	✓	✓	✓	SI	SI	SI	SI	SI	SI

Tarifas Productos Pool Empresarial

			PRODUCTO					
			\$ 6.000	\$ 10.000	\$ 25.000	\$ 100.000	\$ 200.000	\$ 500.000
Tarifas mensuales (no incluye impuestos, tasas, ni contribuciones)	Atención Afiliado (AA)	\$	42,51	\$ 55,31	\$ 73,56	\$ 82,37	\$ 92,95	\$ 102,36
	Atención Afiliado más uno (A1)	\$	83,54	\$ 109,13	\$ 145,61	\$ 174,00	\$ 185,90	\$ 204,73
	Atención Afiliado más familia (AF)	\$	124,59	\$ 162,91	\$ 217,68	\$ 260,26	\$ 278,85	\$ 307,09

Tarifas Productos Pool Empresarial con cobertura Internacional en la Clínica Universidad de Navarra (Anexo 3: Financiamiento/Cobertura Prestaciones Médicas Internacionales)

Aplica para listas de al menos 5 titulares

			PRODUCTO					
			\$ 6.000	\$ 10.000	\$ 25.000	\$ 100.000	\$ 200.000	\$ 500.000
Tarifas mensuales (no incluye impuestos, tasas, ni contribuciones)	Atención Afiliado (AA)	No Aplica	No Aplica	\$ 81,56	\$ 90,37	\$ 100,95	\$ 110,36	
	Atención Afiliado más uno (A1)	No Aplica	No Aplica	\$ 161,61	\$ 190,00	\$ 201,90	\$ 220,73	
	Atención Afiliado más familia (AF)	No Aplica	No Aplica	\$ 241,68	\$ 284,26	\$ 302,85	\$ 331,09	

Coberturas en Otros Prestadores de Servicios Médicos No Afiliados.- Hospitalarias, por trasplantes: 80% hasta \$800. | Ambulatoria: 80% hasta \$300 | monto máximo por consulta médica ambulatoria: \$15 | Condiciones especiales de Financiamiento: 80% hasta \$500 | Maternidad: hasta \$1.000 | Recién nacido: 100% hasta \$500 | Discapacidades: de acuerdo al monto ambulatorio y hospitalario detallado en otros prestadores no afiliados.